

Herzlich willkommen in der Kieferorthopädie am Starnberger See
Dr. Michael Buchheim

Nachname	_____	Vorname	_____
Geb.datum	_____		
Straße	_____	PLZ / Ort	_____
Telefon	_____	Mobil	_____
Name des Versicherten / Zahlungspflichtigen oder der Erziehungsberechtigten:			
Nachname	_____	Vorname	_____
Geb.datum	_____		
Straße	_____	PLZ / Ort	_____
Beruf	_____	Tel. Arbeit	_____
Tel. privat	_____	Email	_____
Fax	_____	Mobil	_____

Krankenkasse: _____

pflichtversichert Privat Zusatzversicherung Beihilfe

Wichtige Mitteilungen (u.a. Terminangelegenheiten) können per SMS an ein Mobilfunkgerät gesendet werden: Ja nein wenn ja: an Patient an Eltern

Wir dürfen Sie in unserem Terminerinnerungssystem (Recall) vormerken: Ja Nein

Bitte beachten: Ab dem 18. Lebensjahr werden bei Kassenpatienten die Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung nicht mehr von der Krankenkasse übernommen. Somit wird dieser Patient als Privatpatient eingestuft und hat die Kosten selbst zu tragen.

Anamnese

Name Ihres Zahnarztes und / oder Überweisers: _____

Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? Ja nein

Existieren bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen? Wenn ja, von wann? _____

Waren / sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? _____

Bestehen schwerwiegende Erkrankungen wie Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzerkrankungen, Allergien (wenn ja, auf was?), HIV, Hepatitis, Sonstiges: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Bei Kindern unter 15 Jahren:

Hat einer der Eltern eine Zahnfehlstellung? _____

Besteht hauptsächlich Mundatmung? Ja nein

Ist Ihr Kind derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja nein

wenn ja, wo? _____

Hiermit bestätige ich, dass ich mit einer kieferorthopädischen Behandlung der Ärzte in der Praxis Dr. Michael Buchheim einverstanden bin.

Datum

Unterschrift