



Dr. G. Fuchs & Dr. K. Oukhai
Fachzahnärzte für Kieferorthopädie
Zahn- und Kieferregulierung für Kinder und Erwachsene
 Fast unsichtbare Zahnspangen (Keramikbrackets, Invisalign)
 Bleaching (zahnschonendes Aufhellen der Zähne)
 Schnarchtherapie
 Laserbestrahlung bei schmerzhaften Aphthen und
 Kiefergelenkbehandlung
 Zahnschmuck

A n m e l d u n g

für neu aufzunehmende Patienten

Hauptversicherter

Familienangehöriger

Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort/PLZ: _____

Wohnort/PLZ: _____

Straße: _____

Straße: _____

Beruf: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Telefon, privat: _____

Telefon dienstlich: _____

Handy-Nr.: _____

(Ich bin mit dem SMS-Recall einverstanden)

Handy-Nr.: _____

(Ich bin mit dem SMS-Recall einverstanden)

E-Mail : _____

E-Mail : _____

Krankenkasse: _____

private Zusatzversicherung KFO: ja / nein
 privat versichert: ja / nein
 beihilfeberechtigt: ja / nein

Hauszahnarzt: _____

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja / nein
 (wo _____) (seit wann _____)

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung ? ja / nein

Anamnese (Medizinische Vorgeschichte)

Besteht eine Allergie (Überempfindlichkeit) gegen bestimmte Stoffe? ja / nein

Wenn ja, gegen welche (z. B. bestimmte Medikamente oder Metalle im Mund:) _____

Gemäß Röntgenverordnung bitte folgende Fragen beantworten:

Wurde der Patient bereits geröntgt? Ja / Nein Wenn ja, wann? _____ Wo? _____

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja / Nein

Brake, (Datum) _____

 (Unterschrift)