

Aufnahmeblatt

Patient

männlich / weiblich / divers

Familiennamen

Vorname

Geburtsdatum

Wohnanschrift

Krankenkasse

E-Mail (wichtig)

Mobilnummer

Telefon privat

Terminreminder per SMS (kostenlos)

ja nein

Versicherter (z.B. im Falle einer Familienversicherung)

Familiennamen

Vorname, männlich weiblich

Geburtsdatum

Wohnanschrift

Berufliche Tätigkeit

Erziehungsberechtigter

Rechnungsempfänger

Familiennamen

Vorname

Wohnanschrift

Behandelnder Zahnarzt

wie kamen Sie auf uns ? Google Werbetafel Bahnhof Zeitschrift Empfehlung Sonstige _____

Anamnestiche Fragen

Betsand oder besteht eine kieferorthopädische Vorbehandlung? ja nein

Werden Medikamente eingenommen? ja nein

Besteht eine Kreislaufkrankung (zB. Herzfehler)? ja nein

Besteht eine Zuckerkrankheit? ja nein

Besteht eine Blutungsneigung? ja nein

Besteht eine Infektionskrankheit (zB. HIV, Hepatitis)? ja nein

Sind Allergien bekannt? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Bestehen Schmerzen im Bereich der Kiefergelenke? ja nein

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen angefertigt? ja nein

Sind derzeit Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Besteht derzeit eine Prophylaxebehandlung beim Zahnarzt? ja nein

Privatpatienten und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, werden die Kosten, die durch die Beratung und damit verbundenen vorbereitenden Maßnahmen entstehen, in Rechnung gestellt.

Alle Angaben sind freiwillig, vollständig und wahrheitsgemäß vorzunehmen. Sie sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und eine sachgerechte Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 Strafgesetzbuch, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Ich verpflichte mich gegenüber dem behandelnden Kieferorthopäden zur Zahlung meines Eigenanteils. Ich bin damit einverstanden, dass alle Abrechnungen über die Abrechnungsfirma PVS-dental GmbH erfolgen.

Berlin, den _____

Unterschrift: _____