



**Bitte füllen Sie die folgenden Felder aus. Vielen Dank!**

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Patient)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Versicherter)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Beruf (Versicherter)

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse, Kostenträger

Gesetzlich versichert       Privat versichert

Basistarif       Beihilfeberechtigt

\_\_\_\_\_  
Email-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat/mobil)

\_\_\_\_\_  
Überweisender Arzt, behandelnder Zahnarzt

Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung begonnen bzw. abgeschlossen? Wenn ja:  
Wann? \_\_\_\_\_

Wo? \_\_\_\_\_

Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung nach dem Indikationssystem (KIG)  
abgelehnt, d.h. Schwierigkeitsgrad 1 oder 2 festgestellt?

Ja       Nein

Wurden bereits Abdrücke genommen? Wenn ja:  
Wann? \_\_\_\_\_

Wo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?



**Dr. Lisa Fuchs**  
KIEFERORTHOPÄDIN

Wünschen Sie eine Behandlung mit „unsichtbaren“ Behandlungsmitteln

- Keramische (zahnfarbene) Brackets
- Lingualtechnik (Apparatur auf der Innenseite der Zähne)

Ich verpflichte mich zur Zahlung der Kosten, soweit kein Kostenträger für mich eintritt.  
Ich bin damit einverstanden, dass mein überweisender Zahnarzt einen Bericht über die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen erhält.

Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen der oben gemachten Angaben unverzüglich mitzuteilen.

---

Kitzingen, den

---

Unterschrift



## Anmeldung für neu in Behandlung tretende Patienten

### Röntgen

Gemäß Röntgenverordnung bitten wir Sie, bitte folgende Fragen anzukreuzen:

Wurde der Patient schon einmal geröntgt?  Ja  Nein

Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate?  Ja  Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus?

---

Sind Sie im Besitz eines Röntgenpasses?  Ja  Nein

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück?

---

### Zahnärztliche Anamnese

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?

(wo \_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_ )  Ja  Nein

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?

Ja  Nein

Hatte einer der Eltern eine Zahnfehlstellung?

Ja  Nein

Hat der Patient Beschwerden beim Kauen?

Ja  Nein

Knirscht der Patient mit den Zähnen?

Ja  Nein

### Medizinische Anamnese

Ist der Patient z. Zt. in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

(wenn ja, weshalb \_\_\_\_\_ wo \_\_\_\_\_ )

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?  Ja  Nein

(wenn ja, welche \_\_\_\_\_ )

Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten?

(Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Allergie, AIDS, Gelbsucht, Blutungsneigung, sonstige Krankheiten?)  Ja  Nein

Bestehen Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates (Skoliose, etc.)

Ja  Nein

Lagen schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle in diesem

Bereich vor?  Ja  Nein

(wenn ja, wann: \_\_\_\_\_ was: \_\_\_\_\_ )

Liegen Kiefergelenksbeschwerden vor?  Ja  Nein

### Gewohnheiten

Schnuller/Flasche  Ja  Nein Lutschen  Ja  Nein

Lippenbeißen  Ja  Nein Zungenbeißen  Ja  Nein

Nägelkauen  Ja  Nein Sprachfehler  Ja  Nein

Mundatmung  Ja  Nein

Spielt der Patient ein Blasinstrument? (Wenn ja, welches: \_\_\_\_\_ )

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_