



ANAMNESEBOGEN - KIEFERORTHOPÄDIE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen ist eine wichtige Information für Ihre kieferorthopädische Behandlung und verbleibt in Ihren Akten. Bitte beantworten Sie die nachstehend aufgeführten Fragen in Ihrem Interesse genau.

Patient:

Name:		Vorname:		Geburtsdatum:	
E-Mail-Adresse:		Strasse:			Hausnummer:
PLZ:	Wohnort:	Telefon:		Mobil:	
Arbeitgeber:		Telefon geschäftlich:			

Hauptversicherter:

Name:		Vorname:		Geburtsdatum:	
E-Mail-Adresse:		Strasse:			Hausnummer:
PLZ:	Wohnort:	Telefon:		Mobil:	
Arbeitgeber:		Telefon geschäftlich:			

Bei getrennt lebenden Eltern mit beiderseitigem Sorgerecht:

Name:		Vorname:		Geburtsdatum:	
E-Mail-Adresse:		Strasse:			Hausnummer:
PLZ:	Wohnort:	Telefon:		Mobil:	
Arbeitgeber:		Telefon geschäftlich:			

Versicherung:

Versicherung:		Krankenkasse (Name / Ort):			
Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/>	Basistarif bei privater Versicherung		<input type="checkbox"/>	
Freiwillig versichert	<input type="checkbox"/>	Zusatzversicherung für Kieferorthopädie		<input type="checkbox"/>	
Privat vollversichert	<input type="checkbox"/>	Beihilfe		<input type="checkbox"/>	

Überweiser:

Zahnarzt / Überweiser:		Adresse Ihres Zahnarztes:			
Name des Kinder- / Arztes:		Überwiesen / empfohlen durch:			

