

Anmeldeformular



SEITE 1/2

Patient

Nachname	Vorname	
ggf. Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße/Hausnummer	PLZ/Ort	Telefonnummer privat/beruflich
Arbeitgeber		

Angaben zum Versicherungsstatus

gesetzlich versichert bei pflichtversichert freiwillig versichert rentenversichert

privat versichert bei

Es liegt eine Beihilfeberechtigung vor Landesbeihilfe, von _____ % Bundesbeihilfe, von _____ % _____, von _____ %

Angaben zum Hauptversicherten (falls der Patient selbst nicht Hauptversicherter ist)

Nachname	Vorname	
ggf. Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße/Hausnummer	PLZ/Ort	Telefonnummer privat/beruflich
Arbeitgeber (vollständige Anschrift)		

Der Hauptversicherte ist erziehungsberechtigt (bei Minderjährigen) Ehepartner des Patienten

Ich wurde überwiesen von Der **Hauszahnarzt** ist (falls nicht Überweiser):

Wurde bereits eine kieferorthopädische Beratung durchgeführt? Nein Ja falls ja, wo?

Wurde bereits eine aktive kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Nein Ja falls ja, wo?

Ist diese Behandlung bereits abgeschlossen? Nein Ja

Eine kieferorthopädische Behandlung erstreckt sich in der Regel über mehrere Jahre. Nein Ja
Ist es in dieser Zeit möglich, regelmäßig (also alle 4-8 Wochen) zu Kontrollterminen zu kommen?

BITTE WENDEN

Anmeldeformular



SEITE 2/2

Patient

Erziehungsberechtigung liegt

bei beiden Eltern bei der Mutter beim Vater bei

Die Eltern leben

in ehelicher Gemeinschaft in unehelicher Gemeinschaft getrennt/geschieden

Unterschrift

Mutter Vater von

Ort, Datum

Unterschrift

hiermit erkläre ich mich bei Bedarf mit der Weiterleitung von personenbezogenen Arztbriefen und Untersuchungsunterlagen (z.B. Röntgenbilder) an die von mir benannten Ärzte einverstanden. Ich habe das Recht die Einwilligung zu widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift