



ritter und ritter
kieferorthopädie

Patient	Name:	Vorname:	geb.
Versicherter/ mitversichert bei	Name:	Vorname:	geb.
	Beruf:	Arbeitgeber:	
Anschrift	Straße:	PLZ:	Ort:
Telefon	Festnetz:	Mobil:	
E-Mail			
Rechnungsadresse (falls abweichend)			
Krankenversicherung	privat bei: gesetzl. bei:	<input type="radio"/> Beihilfeberechtigt <input type="radio"/> freiwillig versichert	<input type="radio"/> pflichtversichert
Zahnarzt	Name:	Adresse:	
Wie sind Sie zu uns gekommen?	<input type="radio"/> Empfehlung	<input type="radio"/> Überweisung	<input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Sonstiges

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende anamnestische Angaben:

Akute oder chronische Erkrankungen des Kreislaufs (Herz)?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Welche:
Infektionskrankheiten (TBC, Hepatitis, Aids, etc.)?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Welche:
Innere Krankheiten (Diabetes, Epilepsie, Rheuma, etc.)?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Welche:
Blutgerinnungsstörungen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Welche:
Unfälle (Kopf/Gesichtsbereich)?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Welche:
Kiefergelenksbeschwerden?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Welche:
Allergien?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Welche:
Regelmäßige Medikamenteneinnahme?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Welche:
Hals-Nasen-Ohrenarzt?	<input type="radio"/> Polypen wurden entfernt <input type="radio"/> Mandeln wurden entfernt	
Angewohnheiten?	<input type="radio"/> Daumenlutschen bis Jahre <input type="radio"/> bis heute <input type="radio"/> Knirschen/Pressen <input type="radio"/> Fingernägelkauen	
Schwangerschaft?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben. Wir bitten Sie, Änderung der Angaben oder das Gesundheitszustand unverzüglich zu melden. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu, dass Patientendaten weiter-behandelnden Ärzten zur Verfügung gestellt oder von behandelnden Ärzten eingeholt werden dürfen.

Ort / Datum: Unterschrift:
(volljähriger Patient/Erziehungsberechtigter)

