

Anmeldeformular Kieferorthopädie

Dr. Ulrike Withelm, Hauptstr. 1, 69117 Heidelberg (ID-502)

Patient: _____
Name Vorname Geburtsdatum Krankenkasse

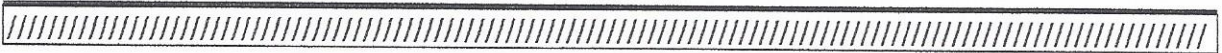
Mitglied: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: _____
PLZ Ort Strasse Telefon

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____

Sind Sie Beihilfe berechtigt?

Wem verdanken wir Ihre Empfehlung? Hauszahnarzt



Sind Sie zurzeit in zahnärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, warum?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, aus welchem Grund?

Leiden Sie unter Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen? Ja Nein
Wenn ja, Erläuterung:

Sind bei Ihnen Mandeln u. o. Polypen entfernt worden? Ja Nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen: Ja Nein
Gelbsucht (Hepatitis), Tbc, Allergien?
Wenn ja, wann?

Bluten/ Heilen Schnittverletzungen bei Ihnen länger als normal?: Ja Nein

Besteht bei Ihnen eine Medikamentenüberempfindlichkeit? Ja Nein

Hatten Sie einen Unfall im Kopf-Nackenbereich? Ja Nein

Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja welcher Monat? Ja Nein
Wir bitten Sie um Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes
eine Schwangerschaft eintritt!

Wurde bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate eine Röntgenuntersuchung
Oder eine Röntgenbestrahlung durchgeführt? Wenn ja, aus welchem Grund? Ja Nein

Datum: _____ Unterschrift: _____