

## Anmeldung für einen kieferorthopädischen Beratungstermin

### PATIENT:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  weiblich  männlich Vers.-Nummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-, Handynummer: \_\_\_\_\_ Wann sind Sie erreichbar? \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ e-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Private Zahnversicherung: \_\_\_\_\_

### Angaben zur versicherten Person (falls Patient nicht selbst versichert ist):

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  weiblich  männlich Vers.-Nummer: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad oder Beziehung zum Patienten (z.B. Mutter, Vormund, etc.): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

### RECHNUNGSEMPFÄNGER: (Falls abweichend von der versicherten Person bzw. obsorgeberechtigter Elternteil.)

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad oder Beziehung zum Patienten (z.B. Mutter, Vormund,...): \_\_\_\_\_

• Hat der Patient schon einmal eine kieferorthopädische Beratung in Anspruch genommen?  
ja  nein  wo \_\_\_\_\_

• Weshalb wenden Sie sich an unsere Praxis? (Überweisung? Empfehlung? Art der Zahnfehlstellung?)  
\_\_\_\_\_

• Wurde schon einmal eine Zahnregulierung durchgeführt? ja  nein   
Wenn ja, beschreiben Sie bitte diese Behandlung mit ein paar Stichworten:  
\_\_\_\_\_

**Änderungen der oben genannten Daten, v.a. Adresse, Telefonnummer, etc. bitte unverzüglich bekannt geben!**

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Obsorgeberechtigten

DDr. Johannes Schranz

Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Spezialpraxis für Kieferorthopädie und Zahnregulierungen

Medzentrum · Stadtplatz 8 · A-6460 Imst · Tel. +43(0)5412 622122 · Fax 622121 · info@smileart.at · www.smileart.at