

# Anmeldeformular

Name des Patienten:	Geburtsdatum:
Name des Versicherten:	Geburtsdatum:
Straße / Nr.:	Telefon:
PLZ / Ort:	Handy:
Zahnarzt:	Email Rechnungsempfänger:
Krankenkasse:	Beruf des Versicherten:
Zusatzversicherung:	Arbeitgeber:
überwiesen/ empfohlen durch:	

Zahl der weiteren Geschwister / Alter: \_\_\_\_\_

Von den Geschwistern sind in KFO- Behandlung: \_\_\_\_\_ **Ja** **Nein**

War der Patient bereits in KFO- Behandlung: \_\_\_\_\_

Bei wem: \_\_\_\_\_

Wurden Behandlungen beim Hals- Nasen- Ohrenarzt durchgeführt \_\_\_\_\_

Wenn ja, was wurde festgestellt? \_\_\_\_\_

Hatte der Patient einmal einen Unfall mit Verletzungen des Gesichts? \_\_\_\_\_

Welche: \_\_\_\_\_

Wurden Zähne dabei beschädigt? \_\_\_\_\_

Hat der Patient im Kindesalter gelutscht? \_\_\_\_\_

Lutscht er immer noch? \_\_\_\_\_

Bestehen Allgemeinerkrankungen / Allergien? \_\_\_\_\_

Erklärung: \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an behandelnde Kollegen,  
z. B. Hauszahnarzt einverstanden \_\_\_\_\_

Ich bin mit dem digitalen Rechnungsversand einverstanden \_\_\_\_\_

Bensheim \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_