



Dr. Ronald Willmer
Kieferorthopäde
Untere Hauptstr. 50
85354 Freising

Anmeldebogen

Name (des Patienten): Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon privat: Mobil:

E-Mail:

Name des Versicherten:

Geburtsdatum:

Anschrift des Versicherten:

Zahnarzt: Ort:

Krankenkasse:

Wenn Privat versichert, Beihilfe berechtigt? Ja Nein

Zusatzversicherung für Kieferorthopädie: Ja Nein

Wurde schon eine kieferorthopädische Beratung durchgeführt? Ja Nein

Bestehen schwerwiegende Krankheiten/Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopfbereich geröntgt? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

→ Röntgeneinverständniserklärung: Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind/mir (Erwachsenen) gemacht werden und Röntgenbilder, wenn nötig, auf elektronischem Wege an meinen Zahnarzt/Kieferchirurg versandt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich während der gesamten Behandlungsdauer eintretende Änderungen unaufgefordert mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift