

# Anmeldeformular für Erwachsene

(bitte online ausfüllen und  
per E-Mail zusenden oder ausdrucken)

Dr. Kathy Borgmann  
Kieferorthopädin



Kapuzinergraben 18-22 52062 Aachen  
Tel. 02 41 / 2 84 35 E-Mail dr.kathy.borgmann@gmx.de

Patientenname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht  männlich  weiblich  divers

Geboren am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_

## Fall-Nr.

## Krankenversicherung

- gesetzlich
  - pflichtversichert
  - freiwillig versichert
- privat
  - Beihilfeberechtigung
  - Basistarif/Standardtarif
- private Zusatzversicherung

falls ja, Name der Zusatzversicherung

Name der Krankenversicherung:

In unserer Praxis erheben wir während Ihrer Behandlung personenbezogene und vertrauliche Daten. Alle Ärzte und Mitarbeiter unserer Praxis unterliegen schon immer der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Mit in Kraft treten der EU-Datenschutzgrundverordnung am 25. Mai 2018 sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. In der Information finden Sie auch, welche Rechte Sie bzgl. des Datenschutzes haben. Sie haben insbesondere das Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten, das Berichtigten unrichtiger Angaben und die Löschung nicht mehr erforderlicher Daten – soweit diese Angaben nicht aufgrund gesetzlicher Vorschriften aufzubewahren sind. Zudem können Sie eine freiwillig erteilte Einwilligung zur Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten widerrufen. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis zur Verfügung gestellt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte. [Link zur Datenschutzerklärung](#)

## Zutreffende Felder bitte ankreuzen:

a) Wurden Sie zu einem früheren Zeitpunkt bereits kieferorthopädisch beraten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wer führte eine evt. kieferorthopädische Vorbehandlung durch?	
b) Wer hat Sie auf die Zahnfehlstellungen aufmerksam gemacht?	
c) Bestehen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn, ja, bei wem?	

# Anmeldeformular für Erwachsene

(bitte online ausfüllen und  
per E-Mail zusenden oder ausdrucken)

Dr. Kathy Borgmann  
Kieferorthopädin



Kapuzinergraben 18-22 52062 Aachen  
Tel. 02 41 / 2 84 35 E-Mail dr.kathy.borgmann@gmx.de

d) Haben Sie einen Unfall erlitten, bei dem Zähne beschädigt wurden oder verloren gegangen sind?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche Zähne waren betroffen?	
In welchem Lebensjahr war dieser Unfall ?	
e) Waren Sie schon einmal in Behandlung bei einem Hals-Nasen- Ohrenarzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche Behandlung wurde durchgeführt? <input type="checkbox"/> Mandelentfernung <input type="checkbox"/> Polypenentfernung <input type="checkbox"/> Korr. der Nasenscheidewand)	
f) Atmen Sie meistens durch den Mund ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlafen Sie mit offenem Mund ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
g) Haben Sie als Kind am Daumen o. ä. gelutscht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bis zu welchem Alter	
h) Besteht eine sonstige Angewohnheit wie Lippenbeißen, Nägelkauen, Zungenpressen ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i) Welche Erkrankungen haben Sie durchgemacht? <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen <input type="checkbox"/> Stoffwechselstörungen <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nerven- oder Immunsystems <input type="checkbox"/> Rachitis <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Bluter <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen <input type="checkbox"/> Sonstige	
j) Bestehen Allergien ( z.B. gegen Pollen, Latex, Metalle, Medikamente) und wenn ja, welche	
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
k) Werden z. Z. Medikamente eingenommen? (z. B. Hormone (Pille), Ritalin o. a.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche?	
l) Existieren Röntgenaufnahmen der Kiefer oder der Zähne? Wenn ja, von wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
m) Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
n) Bestehen Kiefergelenksbeschwerden ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
o) Wann war der letzte Zahnarztbesuch?	
p) Wie heißt der behandelnde Zahnarzt?	

# Anmeldeformular für Erwachsene

(bitte online ausfüllen und  
per E-Mail zusenden oder ausdrucken)

Dr. Kathy Borgmann  
Kieferorthopädin



Kapuzinergraben 18-22 52062 Aachen  
Tel. 02 41 / 2 84 35 E-Mail dr.kathy.borgmann@gmx.de

q) Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Zahnarzt  Arzt  Internet  Praxisschild  Patientenempfehlung  Freunde

Sonstiges

Bei einer Patientenempfehlung freuen wir uns über die Namensnennung:

## Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

Ich erwarte:

- gerade ausgerichtete Zähne  längere Lebensdauer der Zähne  besseres Kauvermögen  besseres Aussehen  
 Beseitigung von Schmerzen  
 Sonstiges

## Was stört Sie an der bestehenden Zahn- und Kieferstellung am meisten?

Mich stört:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mit dem behandelnden Zahnarzt/Kieferchirurg/Logopäden/  
Physiotherapeuten und andere Mitbehandler/Krankenversicherung/Gutachter/KZV telefonisch, schriftlich oder per Fax  
Kontakt zur Abstimmung der geplanten Behandlungsmaßnahmen/Abrechnung aufgenommen wird und wir Sie per  
SMS/E-Mail oder Telefon wegen Terminen u. ä. kontaktieren dürfen.

Ort/Datum

Unterschrift