



Checkliste zum Ersttermin

In der kieferorthopädischen Fachzahnarztpraxis
Kevin Poesch | Zimmerstr. 2, 03044 Cottbus

Tel: 0355 823032 | Mail: info@kieferorthopaedie-poesch.de

☐ **Termin am :** _____ **um** _____ **Uhr**

Adresse:



Zimmerstraße 2
03044 Cottbus
Tel.: 0355 – 823032

☐ **Chipkarte des Patienten**

Krankenkassenkarte

☐ **Begleitung eines Erziehungsberechtigten**

bei Patienten unter 18 Jahren

☐ **Anamneseblatt**

Hier: https://kieferorthopaedie-poesch.de/wp-content/uploads/2026/06/Anamneseblatt_2026062.pdf
Bitte vollständig ausfüllen, unterschreiben und zum Ersttermin mitbringen.

☐ **Datenschutzerklärung**

Hier: https://kieferorthopaedie-poesch.de/wp-content/uploads/2026/06/Datenschutz-Einverstaendniserklaerung_20260629.pdf

Bitte vollständig ausfüllen, unterschreiben und zum Ersttermin mitbringen.

☐ **Röntgenpass**

Nur sofern vorhanden

☐ **Zahnrontgenbilder**

Der letzten **12 Monate** bei **Erwachsenen**

Der letzten **6 Monate** bei **Kindern**

Nur sofern vorhanden, idealerweise in digitaler Form

☐ **Überweisungsbef vom Haus- bzw. Schulzahnarzt**

Nur sofern vorhanden

Wir freuen uns sehr auf Ihren Besuch!

Ihr Praxisteam

der kieferorthopädischen Fachzahnarztpraxis Kevin Poesch