

männlich weiblich divers

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnanschrift

Telefon

Mailadresse

Sind Sie Privatpatient? Wenn ja, bei welcher Versicherung?

Basistarif Standardtarif

Falls Sie einen Basis-/Standardtarif haben, wird der erhöhte Faktor evtl. nicht bezahlt.

Haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung? ja nein

Schließen Sie evtl. derzeit eine Versicherung ab? ja nein

Bitte Ihre Unterschrift zur Kenntnisnahme

Name Ihres Zahnarztes

Name Ihres prakt. Arztes / Internisten / Kinderarztes

Name Ihres Kieferorthopäden

Haben Sie Schmerzen? ja nein Wenn ja, wo?

Haben Sie manchmal Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk oder im Gesichtsbereich? ja nein

Bestehen folgende Allergien oder Erkrankungen? Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein?

Ja	Nein	Medikamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien gegen Medikamente: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemwegserkrankungen _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frühere Operationen _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoher Blutdruck _____

Ja	Nein	Medikamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AIDS, Hepatitis _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankungen, z.B. -infarkt, -klappenfehler _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Nehmen Sie auch in festen Abständen Medikamente ein, z.B. Bisphosphonate (Osteoporose)? Wenn ja, wie oft? _____

Haben Sie andere wichtige Erkrankungen? Wenn ja, welche? _____

Ich willige ein, dass nach Abschluss der Behandlung mein Hausarzt über die durchgeführte Behandlung informiert wird.

ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Ort, Datum

Unterschrift