

Familienname / Vorname des Patienten _____ Geburtstag _____

Straße _____ PLZ/Wohnort _____

Versicherungsnehmer _____ Geburtsdatum _____

Versicherungsnummer _____

Beruf _____ Arbeitsgeber d. Vers. _____

Post an _____

Telefon privat _____ Telefon geschäftlich _____

Krankenkasse (Geschäftsstelle) _____

Zahnarzt _____ Adresse _____

Überwiesen/empfohlen durch _____

Nur vom Patienten auszufüllen

Für die Behandlung benötige ich folgende Angaben:

Bestehen

- | | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|---------------------|
| Herz-Kreislaufbeschwerden | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | welche _____ |
| Diabetes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | welche _____ |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | welche _____ |
| Bluterkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | welche _____ |
| Infektionserkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | welche _____ |
| Allergien | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | welche _____ |
| Sonstige Erkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | welche _____ |
| Einnahme von Medikamenten | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | welche _____ |
| Besteht eine Schwangerschaft | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | welcher Monat _____ |
| Gab es Knochenbrüche oder Zahnfrakturen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | welche _____ |

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Wann wurde das letzte Mal geröntgt? _____ Welcher Bereich? _____

Was ist der Grund für Ihr Kommen?

Ästhetik ja nein _____

Funktionsprobleme
(Kauen, Kiefergelenk, Knirschen...) ja nein _____

Auf Rat der Zahnarztes ja nein _____

Wurde bereits eine kiefer-orthopädische Behandlung durchgeführt? ja nein wann _____ wie lange _____

Bei Kinderbehandlung ausfüllen:

Bestehen Angewohnheiten wie

Lutschen ja nein _____

Zungen- oder Wangenpressen ja nein _____

Beißen auf die Lippe oder auf Bleistifte, etc. ja nein _____

Lispeln ja nein _____

Ständig offener Mund ja nein _____

Sonstige Angaben der Patienten

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Datum _____ Unterschrift _____