



**Versicherter**

Name

Vorname

Geburtstag

Telefon

Anschrift

Krankenkasse

**Hauptversicherter** (nur ausfüllen, wenn der Patient nicht selbst Hauptversicherter ist)

Name

Vorname

Geburtstag

Telefon

Anschrift

**Wer ist Ihr Zahnarzt?**

**Bestehen ansteckende Krankheiten** (Hepatitis, HIV, Tuberkulose, Scharlach, Röteln etc.)?

Wenn ja, welche?

nein

**Bestehen allgemeine Krankheiten** (Herz/Kreislauf, Rheuma, Epilepsie, Schilddrüse etc.)?

Wenn ja, welche?

nein

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Wenn ja, welche?

nein

**Bestehen Allergien?**

Wenn ja, gegen was?

nein

**Haben Sie Unfälle im Gesichts-/Schädelbereich erlitten?**

Wenn ja, wo?

nein

**Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?**

Wenn ja, wo?

nein

**Haben Sie die eidesstattliche Versicherung (EV) abgegeben?**

ja  nein

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?** (Empfehlung, Hauszahnarzt, Internet, Kino etc.)?

Datum

Unterschrift (Patient bzw. Erziehungsberechtigter)