



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)