Vorname Name

Straße: ______________________

PLZ – Ort: ______________________

Geburtsdatum: ______________________

Krankenkasse: ______________________

Wie können wir Sie erreichen?

Telefon tags/Handy ____________ Telefon abends ____________

E-Mail Adr.______________________

In welchem Bereich sind Sie tätig?

____

Sind Sie Beihilfeberechtigt? **ja / nein**

Falls abweichend: über wen sind Sie versichert?

Name: ______________________

Geburtsdatum: ______________________

ggf. abweichende Anschrift:

Straße: ______________________

PLZ/Ort: ______________________

Telefon: ______________________

Behandelnder Zahnarzt: ______________________

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- □ Empfohlen durch: ______________
- □ Gelbe Seiten
- □ Internetseite von ______________
- □ sonstiges ______________

Bitte zutreffende Felder ankreuzen:

Haben Sie Beschwerden beim Kauen oder Sprechen? **ja / nein**

Haben Sie Beschwerden im Kiefergelenk? **ja / nein**

Haben Sie einen Unfall erlitten, bei dem Zähne oder Kiefer beschädigt wurden? **ja / nein**

Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? **ja / nein**
Wann und Wo? ______________________

Gibt es Röntgenaufnahmen der Zähne **ja /nein**
Wenn ja, von wann ca.: ______________

Könnte zur Zeit eine Schwangerschaft bestehen? **ja / nein**

Bestehen Allgemeinerkrankungen? **ja / nein**

z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose, Diabetes, Asthma, Blutungsneigung etc.

____

Bestehen Allergien? **ja / nein**
Gegen: ______________________

Gibt es einen Allergiepaß?(Bitte ggf. mitbringen) **ja/nein**

Sind Sie z. Zt. in ärztlicher Behandlung **ja / nein**
Wenn ja, weshalb: ______________________

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? **ja / nein**

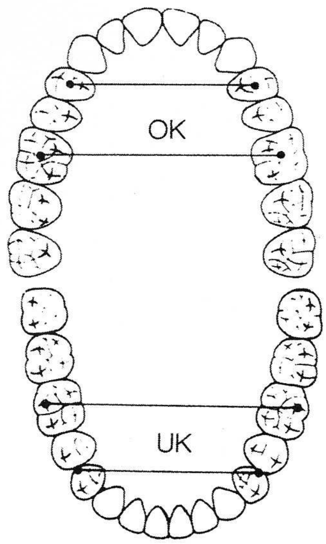
Ich möchte per E-Mail / SMS an anstehende Termine erinnert werden **ja / nein**

____

Datum Unterschrift

Si OK					= ______ Soll: ______	6 - 2	2 - 6	= ______	Soll: ______	Nichtanlagen Lücke öffnen/schließen		
Si UK						6 - 2	2 - 6					

Datum	Vorläufige Diagnose:	
	Gr.: Stufe: mm, Überbiß: mm	
	□ Zst 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 / V IV III II I | I II III IV V / V IV III II I | I II III IV V / 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 □ Mu	CC: / KIG:
	Behandlungsdauer: Extr.:	
	vorgeschl. Geräte:	
	gesch. Kosten:	
	Unters., Beratung:	

vertikal neutral horizontal

SNA
SNB
ANB
1:SN =
1:MPL =