

Anmeldeformular zur kieferorthopädischen Behandlung

in der Praxis Dr. Isabel Tempera & Dr. A. Gründer

Patient:

weibl. männl.

Name, Vorname

Beruf

geb.

Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-mail

Telefon

Name der Krankenkasse:

Beihilfe

nein

Ja

Name des Zahnarztes:

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Bitte teilen Sie uns alle Änderungen (Adresse, Telefon, email, etc.) bitte umgehend mit!

Wurden Sie schon kieferorthopädisch behandelt oder beraten?

nein

Ja

Wenn ja, wann?

durch Dr.

Wurden Unterlagen erstellt?

nein

ja

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?

nein

ja

Wenn ja, wann?

tagsüber

nachts

Schlafen Sie mit offenem Mund?

nein

ja

Haben Sie Beschwerden am Kiefergelenk?

nein

ja

Wenn ja, welche?

Haben Sie eine schwerwiegende Erkrankung?

nein

ja

Diabetes

Allergien

Herzfehler

Kreislauferkrankungen

Asthma

Bluter

Epilepsie

HIV

Hepatitis

Wenn ja, bitte genaue Angaben machen:

Werden Medikamente eingenommen? Bitte angeben:

