

Zahnarzt (**nicht** Ihr Hausarzt)

Name

Ort / Straße

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Allergien

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen **Allergiepass**? ja nein

Besitzen Sie einen **Röntgenpass**? ja nein

Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Beratung? ja nein

Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

vegetative Erkrankungen

Hatten Sie schon Ohnmachtsanfälle? ja nein

Bluterkrankungen

Liegt eine verstärkte Blutungsneigung vor? ja nein

Infektionskrankheiten

Hatten Sie Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? ja nein

Bestand oder besteht Tuberkuloseerkrankung? ja nein

Wurden Sie positiv auf HIV bzw. AIDS getestet? ja nein

Röntgen

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass die hier erstellten Röntgenbilder und Befunde (Arztbriefe) an den Hauszahnarzt übermittelt werden. ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein Wenn ja, in welchem Monat?

Nur für Privatversicherte:

Sind Sie in der Debeka LVM AXA oder der Alten Oldenburger Versicherung versichert? ja nein

Ist bereits ein Geschwisterkind bei uns in Behandlung? ja nein

Wer hat Sie in unsere Praxis empfohlen?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Wir erklären uns damit einverstanden, dass alle bekannten persönlichen Daten, soweit im Rahmen der Behandlung und Planung erforderlich, per EDV verarbeitet und gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift Pat. bzw. gesetzl. Vertreter

Gegenzeichnung d. Praxis