

Anmeldeformular

Patient/in _____ geb. _____
Versicherter _____ geb. _____
Straße _____
Wohnort _____
Tel. privat _____ Mobil _____
Beruf/
Arbeitgeber _____
Ihr Zahnarzt _____
Krankenkasse _____ Beihilfe _____

Wünschen Sie eine Terminerinnerung per SMS Ja Nein

Sind Sie freiwilliges Mitglied in einer
gesetzlichen Krankenversicherung? Ja Nein

Waren Sie bereits in kieferortho-
pädischer Behandlung? Ja Nein

Wenn JA, bitte geben Sie an: Wann? Wie lange? Wo?

Was stört Sie am meisten an Ihrer Zahn- und Kieferstellung?

Leiden Sie unter einem oder mehreren der folgenden Symptome?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Gelenkknacken | <input type="radio"/> Schnarchen |
| <input type="radio"/> Schmerzen im Kiefer-
/Gesichtsbereich | <input type="radio"/> Sprachstörung |
| <input type="radio"/> Zähnepressen | <input type="radio"/> gestörte Nasenatmung |
| <input type="radio"/> Knirschen | <input type="radio"/> Sonstiges |

Hatten Sie in den letzten Jahren schwere
Erkrankungen / Operationen / Unfälle Ja Nein
Wenn JA, was _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Ungewiß