

Haben Sie Allergien? ja nein
Wenn ja, welche? _____
Haben Sie einen
Allergiepaß? ja nein
Haben Sie Diabetes? ja nein
Haben Sie Hepatitis? ja nein

Sind Sie HIV positiv? ja nein
Sonstiges? _____

Nehmen Sie Medikamente?

Neigen Sie zu Folgendem?

Zahnfleischbluten ja nein
Zahnfleischrückgang ja nein
Zahnlockerungen ja nein
Zähneknirschen/pressen ja nein
Kiefergelenkbeschwerden
(Knacken/Reiben) ja nein
Migräne ja nein
Beschwerden an einer
Stelle der Wirbelsäule ja nein
Besitzen Sie eine
Knirscherschiene ja nein
Gefällt Ihnen der optische
Anblick Ihrer Zähne? ja nein

Sind Sie mit Ihrer
Zahnfarbe zufrieden? ja nein
Sind Sie mit Ihrer
Zahnstellung zufrieden? ja nein
Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? _____
Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, welche Woche? _____
Wurden Sie operiert? ja nein
Wenn ja, wann und um welche OP
handelte es sich? _____

Ich möchte an Ihrem Wiederbestellservice teilnehmen per

Email SMS Postkarte

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift