

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