Neuanmeldung

Familienname: ..... 24211 Preetz, den .....

Vorname: ..... Geburtstag: .....

Krankenkasse: ..... Geschäftsstelle: .....

Privat versichert ☐ Beihilfe ☐ Pflichtversichert ☐ Private Zusatzversicherung ☐

Name des Versicherten: ..... Geburtstag: .....

Vorname: .....

PLZ / Wohnort: ..... Telefon: .....

Straße: .....

Beruf: .....

Anschrift des Rechnungsempfängers: .....

Zahnarzt: .....

Wer oder was hat Sie zu diesem Termin veranlasst? .....

Patienten-Fragebogen

Angaben zur Gesundheit

Zähneknirschen	ja ☐	nein ☐
Kiefergelenkprobleme, Knacken	ja ☐	nein ☐
häufige Kopfschmerzen, Nackenverspannungen	ja ☐	nein ☐
Schwindel, Ohrenschmerzen	ja ☐	nein ☐
frühere kieferorthopädische Behandlung	ja ☐	nein ☐
Mundatmung	ja ☐	nein ☐
Nuckeln, Lutschgewohnheit	ja ☐	nein ☐
sprachtherapeutische Behandlung	ja ☐	nein ☐
häufige Hals-Nasen-Ohrenerkrankungen	ja ☐	nein ☐
Asthma	ja ☐	nein ☐
Allergien	ja ☐	nein ☐

wenn ja, welche .....

Schnarchen, Schlafstörungen	ja ☐	nein ☐
Unfälle	ja ☐	nein ☐
Geburtskomplikationen	ja ☐	nein ☐

wenn ja, welche .....

Rheuma	ja ☐	nein ☐
Blutungsneigungen	ja ☐	nein ☐

andere ernste Krankheiten .....

Medikamente .....

z.Zt. in ärztlicher Behandlung:

☐ Orthopädie ☐ Osteopathie ☐ Hausarzt ☐ Neurologie ☐ andere