

Persönliches

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel. privat _____

E-Mail-Adresse _____

Beruf _____

Arbeitgeber / Ort _____

Tel. Arbeitsplatz _____

Krankenkasse _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein

Bei Interesse sprechen Sie uns gerne an

Haben Sie Interesse an unserem

E-Mail-Newsletter? ja neinWenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind,
wer ist Versicherter?

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name _____

Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des
öffentlichen Dienstes? ja nein

Wer hat uns empfohlen? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja neinReagieren Sie überempfindlich auf
bestimmte Stoffe? ja nein

Welche? _____

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja neinHaben Sie eine
Herz-/Kreislaufkrankung? ja neinSind Sie HIV-positiv? ja neinHaben Sie Hepatitis B? ja neinHaben Sie Hepatitis C? ja neinHaben Sie Diabetes? ja neinLiegt bei Ihnen eine
Schilddrüsenerkrankung vor? ja neinHaben Sie eine Magen-/Darm- oder
Nierenerkrankung? ja neinLeiden Sie unter Migräne? ja neinHaben Sie eine Prostataerkrankung? ja neinHaben Sie Asthma? ja neinSind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja in welcher Woche? _____ Woche

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?Haben Sie Zahnschmerzen? ja neinBlutet Ihr Zahnfleisch? ja neinZieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja neinSind Ihre Zähne gelockert? ja neinHaben Sie Geräusche oder Schmerzen
im Kiefergelenk? ja neinHatten Sie jemals eine
„Kiefernvermessung“? ja neinFand eine Röntgenuntersuchung statt? ja neinWünschen Sie über künstliche Zähne
(Implantate) aufgeklärt zu werden? ja neinSind für Sie ästhetisch schöne Zähne
wichtig? ja neinMöchten Sie darüber eine Beratung? ja neinHaben Sie schon mit beherdeten
Zähnen zu tun gehabt? ja nein

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Dortmund, den _____