



Aktualisierung Ihrer Gesundheitsdaten

Name : _____

Vorname : _____ geb. _____

Straße, : _____ Plz Ort _____

Name und Vorname
des Hauptversicherten : _____ geb. _____

Telefon privat : _____ geschäftlich: _____

Krankenkasse : _____

Hausarzt/-ärztin : _____

Arbeitgeber : _____

	ja	nein
Haben Sie Allergien?		
Sind Sie in ärztlicher Behandlung?		
Nehmen Sie Medikamente?		
Besteht eine Kreislauferkrankung?		
Zuckerkrankheit (Diabetes)?		
Blutungsneigung?		
Hepatitis?		
Schwächung des Immunsystems?		
Sonstige Erkrankungen?		
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja Entbindungstermin?		
Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen im Mund- oder Kieferbereich angefertigt?		
Haben Sie Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke, Kaumuskulatur?		
Raucher/in ?		
Sonstiges:		

Wilhelmshaven, den

.....
Unterschrift