



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