

## Aufnahmejournal

---

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon  
Geschäft: \_\_\_\_\_

---

Überwiesen / empfohlen von: \_\_\_\_\_

Familien - / Schulzahnarzt: \_\_\_\_\_

Hausarzt / Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse / Versicherung: \_\_\_\_\_

### Gesundheitsfragen:

Ja

Nein

Hatte Sie jemals:

- Schwierigkeiten mit langem Bluten?  Ja  Nein
- Herz- oder Kreislaufstörungen?  Ja  Nein
- Zuckerkrankheit / andere Stoffwechselkrankheiten?  Ja  Nein
- Asthma oder Allergien jeglicher Art?  Ja  Nein
- Eine andere ernsthafte Krankheit?  Ja  Nein

Müssen Sie regelmässig Medikamente einnehmen?  Ja  Nein

Wurden die Rachen- / Gaumenmandeln entfernt?  Ja  Nein

Hatten Sie jemals einen Zahnunfall?  Ja  Nein

Waren Sie jemals in logopädischer Behandlung?  Ja  Nein

Wurde bei Ihnen bereits eine Zahnregulierung durchgeführt?  Ja  Nein

Spielen Sie ein Blasinstrument?  Ja  Nein

Wünschen Sie zur Terminerinnerung vorgängig ein SMS zu erhalten?  Ja  Nein

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_