

## 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?
- Herz- oder Kreislaufstörungen?
- Zuckerkrankheit / andere Stoffwechselkrankheiten?
- Asthma oder Allergien jeglicher Art?
- Eine andere ernsthafte Krankheit?

Müssen Sie regelmässig Medikamente einnehmen?                                       

Wurden die Rachen- / Gaumenmandeln entfernt?                                       

Hatten Sie jemals einen Zahnunfall?                                       

Waren Sie jemals in logopädischer Behandlung?                                       

Wurde bei Ihnen bereits eine Zahnregulierung durchgeführt?                                       

Spielen Sie ein Blasinstrument?                                       

Wünschen Sie zur Terminerinnerung vorgängig ein SMS zu erhalten?                                       

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

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