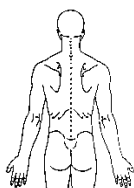
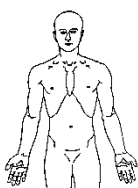


Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche?
Haben Sie Probleme mit der Nasenatmung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, seit wann? <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Mundatmung <input type="checkbox"/> Schnarchen
Haben Sie eine Allergie oder Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wogegen?
Wurden hals-, nasen-, ohrenärztliche Operationen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, was?
Hatten Sie einen Unfall im Kopfbereich, Zähne angeschlagen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, was war verletzt?
Haben Sie als Kleinkind gelutscht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bis zu ca. welchem Lebensalter? <input type="checkbox"/> Daumen <input type="checkbox"/> Finger <input type="checkbox"/> Schnuller
Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, <input type="checkbox"/> Lippenbeissen <input type="checkbox"/> Lippensaugen <input type="checkbox"/> Lippenlecken <input type="checkbox"/> Nägelkauen <input type="checkbox"/> Bleistiftkauen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestehen Kiefergelenkknacken und/oder – beschwerden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, seit wann? Knacken <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Schmerzen <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Mundöffnung eingeschränkt <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Sind oder waren Sie schon mal in logopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Ohrgeräuschen/Tinnitus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind bei Ihnen Wirbelsäulenprobleme bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Spielen Sie ein Blasinstrument?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welches?
Leiden Sie unter Schmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, zeichnen Sie bitte die Hauptschmerzstellen in die Figuren ein.



Für die weiblichen Patienten:

Sind Sie aktuell schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist die regelmässige Menstruation vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, seit wann?

Einverständniserklärung

Ich erteile Ihnen hiermit mein Einverständnis, die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von Ihnen hierfür beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten.

Chur, den _____

Datum

Unterschrift