



PERSÖNLICHE DATEN

_____	_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
_____		_____	
Straße		PLZ/Ort	
_____	_____	_____	
Telefon Festnetz	Mobil	E-Mail	
_____	_____	_____	
Arbeitgeber (freiwillige Angabe)	Beruf (freiwillige Angabe)	Telefon Geschäft (freiwillige Angabe)	

VERSICHERUNG

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung

Bitte ergänzen, sofern Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch sind

_____	_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
_____		_____	
Straße		PLZ/Ort	

WAS FÜHRT SIE IN UNSERE PRAXIS?

Vorsorgeuntersuchung Prophylaxe Sonstiges: _____

Schmerzbehandlung 2. Meinung

Zahnersatz Beratung

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

Google Homepage Sonstige _____

Persönliche Empfehlung Werbung

Empfehlung durch _____

Name Vorname

ALLGEMEINE GESUNDHEITSPRAGEN

Hoher Blutdruck ja nein
 Niedriger Blutdruck ja nein

Haben Sie Herzerkrankungen? ja nein
 Haben Sie Herzklappenfehler/-prothesen?
 Haben Sie einen Herzschrittmacher?
 Haben oder hatten Sie einen Herzinfarkt/Stent?
 Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)
 Benötigen Sie Endokarditisprophylaxe bei zahnmedizinischen Eingriffen?

Blutgerinnungsstörungen ja nein
 Schlaganfall ja nein
 Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein
 Diabetes ja nein
 Schilddrüsenerkrankung ja nein
 Rheumatische Krankheiten ja nein
 Nierenerkrankungen ja nein
 Erkrankung der Atemwege / Asthma ja nein
 Krebserkrankung ja nein
 Wenn ja, seit wann? _____

ja nein
 Haben Sie Allergien? _____
 Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Unverträglichkeiten Wenn ja, welche? _____

Haben Sie sonstige Erkrankungen? ja nein
 Wenn ja, welche? _____

Ihre Hausarztpraxis _____

Wann wurden bei Ihnen das letzte Mal zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht? _____

In welcher Praxis? _____

Dürfen wir diese Röntgenaufnahmen anfordern?

Haben Sie Infektionskrankheiten? ja nein
 HIV
 Hepatitis
 Tuberkulose
 Sonstige (z.B. Creutzfeld - Jakob; MRSA Keime) _____

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein
 Herzmedikamente
 Cortison Schmerzmittel
 Antidepressiva
 Blutverdünnende Mittel
 Bisphosphonate Sonstige

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? ja nein
 Nehmen Sie Drogen? ja nein
 Rauchen Sie? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein
 Wenn ja, welche Woche? _____

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
 Wenn ja, warum? _____

Behandelnder Arzt _____

ja nein

MOMENTANE MUNDSITUATION

ja

nein

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen?

Zahnfleischrückgang? Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

Wenn ja, welche? _____

BEHANDLUNGSWÜNSCHE

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen?

Zahnfleischrückgang? Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

Wenn ja, welche?

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 h vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort/Datum

Unterschrift

AKTUALISIERUNGEN

Datum ; Unterschrift _____ Datum ; Unterschrift _____