



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihren Gesundheitszustand und Ihre Wünsche bei der Behandlung berücksichtigen zu können, bitten wir Sie die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Sollten Sie Schwierigkeiten mit einzelnen Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name _____ Vorname _____ geb.: _____

Hauptversicherer _____ geb.: _____

Adresse (Str., Plz., Ort) _____

Tel. / Handy: _____ E-Mail-Adresse _____

Beihilfe Ja Nein Hausarzt _____ Krankenkasse _____

Haben Sie zurzeit Schmerzen? Ja Nein Können Sie gut mit Ihren Zähnen kauen? Ja Nein

Bemerken Sie Zahnfleischbluten? Ja Nein Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? Ja Nein

Sonstige Beschwerden? _____

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck hoch <input type="checkbox"/> / niedrig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung (z.B. Hepatitis/Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (z. B. Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie (Krampfleiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaukom (grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunschwäche (z. B. HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergien, Unverträglichkeiten welche: _____

Sonstige Krankheiten: _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Wenn ja, in welcher Woche? _____

Bestand vor kurzem ein längerer Krankenhausaufenthalt? Ja Nein

Ist schon einmal eine Bluttransfusion erfolgt? Ja Nein

Wann hat Ihre letzte Röntgenuntersuchung im Kopfbereich stattgefunden? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Wünschen Sie eine Beratung über:

Professionelle Zahnreinigung Ja Nein Zahnfarbene Rekonstruktionen Ja Nein

Ist es Ihnen nicht möglich, den mit uns vereinbarten Termin einzuhalten, setzen Sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher davon in Kenntnis. Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen eine Ausfallgebühr in Rechnung zu stellen. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass wir Sie in dringenden Fällen kontaktieren dürfen.

Datum _____ Unterschrift _____