



ZAHNÄRZTESCHÖRK

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?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung | <input type="checkbox"/> Prophylaxe | <input type="checkbox"/> Beratung |
| <input type="checkbox"/> Ästhetischer Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Implantologie | <input type="checkbox"/> Moderne Endodontie |
| <input type="checkbox"/> 2. Meinung | <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | |

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

- | | | |
|---|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> Jameda | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |
| <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung | <input type="checkbox"/> Werbung | |

Empfehlung durch _____

Name Vorname

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFragen

	ja	nein		ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Infektionskrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HIV		
Haben Sie Herzerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitis		
<input type="checkbox"/> Haben Sie Herzklappenfehler/-prothesen?			<input type="checkbox"/> Tuberkulose		
<input type="checkbox"/> Haben Sie einen Herzschrittmacher?			<input type="checkbox"/> Sonstige _____		
<input type="checkbox"/> Haben oder hatten Sie einen Herzinfarkt/Stent?			_____		
<input type="checkbox"/> Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)			Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Benötigen Sie Endokarditisprophylaxe bei zahnmedizinischen Eingriffen?			<input type="checkbox"/> Herzmedikamente		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cortison		
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schmerzmittel		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antidepressiva		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Blutverdünnende Mittel		
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bisphosphonate		
Chronische Erkrankung der Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sonstige _____		
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, seit wann? _____			Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____			Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche Woche? _____		
Wenn ja, welche? _____			Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Wenn ja, warum? _____		

MOMENTANE MUNDsituation

	ja	nein
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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