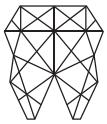

ZAHNÄRZTE**SCHÖRK**

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 ☐ Beratung
☐ Ästhetischer Zahnersatz ☐ Implantologie ☐ Moderne Endodontie
☐ 2. Meinung ☐ Schmerzbehandlung

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

☐ Google ☐ Jameda ☐ Sonstige
☐ Persönliche Empfehlung ☐ Werbung

Empfehlung durch

Name	Vorname

ZAHNÄRZTE**SCHÖRK**
Sandra Schörk | Zahnärztin
Gregor Schörk | Zahnarzt
Wilhelmstraße 13
71139 Ehningen
T 07034 - 5331
F 07034 - 60717
mail@zahnaerzte-schoerk.de
www.zahnaerzte-schoerk.de

Bitte wenden

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFRAGEN

	ja	nein
Hoher Blutdruck	☐	☐
Niedriger Blutdruck	☐	☐
Haben Sie Herzerkrankungen?	☐	☐
☐ Haben Sie Herzklappenfehler/-prothesen?		
☐ Haben Sie einen Herzschrittmacher?		
☐ Haben oder hatten Sie einen Herzinfarkt/Stent?		
☐ Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)		
☐ Benötigen Sie Endokarditisprophylaxe bei zahnmedizinischen Eingriffen?		
Blutgerinnungsstörungen	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐
Diabetes	☐	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐
Rheumatische Krankheiten	☐	☐
Chronische Erkrankung der Atemwege	☐	☐
Asthma	☐	☐
Krebserkrankung	☐	☐
Wenn ja, seit wann?		
Haben Sie Allergien?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Haben Sie sonstige Erkrankungen?	☐	☐
Wenn ja, welche?		

	ja	nein
Haben Sie Infektionskrankheiten?	☐	☐
☐ HIV		
☐ Hepatitis		
☐ Tuberkulose		
☐ Sonstige		
Nehmen Sie Medikamente ein?	☐	☐
☐ Herzmedikamente		
☐ Cortison		
☐ Schmerzmittel		
☐ Antidepressiva		
☐ Blutverdünnende Mittel		
☐ Bisphosphonate		
☐ Sonstige		
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?	☐	☐
Nehmen Sie Drogen?	☐	☐
Rauchen Sie?	☐	☐
Sind Sie schwanger?	☐	☐
Wenn ja, welche Woche?		
Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?	☐	☐
Wenn ja, warum?		

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?

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

ZAHNÄRZTE**SCHÖRK**

Sandra Schörk | Zahnärztin
Gregor Schörk | Zahnarzt

Wilhelmstraße 13
71139 Ehningen

T 07034 - 5331
F 07034 - 60717

mail@zahnaerzte-schoerk.de
www.zahnaerzte-schoerk.de