

Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum / Geburtsort
------	---------	---------------------------

Versicherter

Name	Vorname	Geburtsdatum / Geburtsort	
PLZ, Ort		Straße, Hausnummer	
Telefon privat	Telefon dienstlich	Handy-Nr.	E-Mail-Adresse
Arbeitgeber / Beruf*		Name, Adresse Ihres Hausarztes	
Krankenkasse / Krankenversicherung		<input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> Privat Basistarif <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zusatzversicherung (bei gesetzlich Versicherten)

Zahnprophylaxe / regelmäßige Zahnreinigung zur Vorbeugung sind mir:

- sehr wichtig
 wichtig
 nicht so wichtig
 egal

Ich habe bisher schon an regelmäßiger Prophylaxe / Zahnreinigungen teilgenommen:

- Ja und zwar
 1x
 2x
 3x
 4x pro Jahr
 nein

Die Ästhetik meiner Zähne ist mir:

- sehr wichtig
 wichtig
 nicht so wichtig
 egal

Mein Lächeln / meine Zähne gefallen mir:

- nein
 ja

- Ich möchte eine Gesamtbehandlung meines Gebisses
 Ich wünsche nur die Behandlung derzeitiger Beschwerden

Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuches?

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- Behandlung in Vollnarkose
 Implantate
 Komplettsanierung des Gebisses
 Entfernung der Weisheitszähne
 Bleaching
 Ästhetische Korrekturen der Zähne / Veneers
 Füllungstherapie / Arten von Füllungen / Inlays
 Sonstiges:

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher? →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopf- oder Nackenschmerzen? →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallgeschmack? →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck? →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck? →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankungen →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werte:			Gelbsucht, Lebererkrankungen →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen? →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Allergie: →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurde bei Ihnen ein AIDS Test gemacht? →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?			HIV / AIDS →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen andere Erkrankungen? →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus / Zuckerkrankheit →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?			Stoffwechselerkrankungen →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?			Mundgeruch →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind jemals Probleme bei ärztlichen Behandlungen aufgetreten? →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischbluten →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?			Atemnot oder Brustschmerzen →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger? →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grüner Star (Glaukom) →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Internetseite:
 Facebook
 Instagram
 Google Anzeige
 Jameda
 Bewertungsportal:
 Freunde:
 Überweisung
 Plakate
 Autowerbung
 Promotion
 Sonstiges:

Sie sind gesetzlich verpflichtet uns auch in Zukunft über Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer persönlichen Daten, Ihrer Versicherung, Vorliegen einer Schwangerschaft, usw. unaufgefordert zu informieren!

Bitte beachten Sie, das Medikamente und Betäubungsspritzen Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können.

Ort, Datum, Unterschrift: **X**