

Name, Vorname des Patienten : _____

Geburtsdatum : _____

Name, Vorname des Versicherten : _____

Geburtsdatum : _____

Meldeanschrift : _____

Telefon : _____

Krankenkasse / Zusatzversicherung : _____

Beruf : _____

Arbeitgeber : _____

Anschrift, Telefon des Arbeitgebers : _____

Name und Telefon des Hausarztes : _____

- Haben Sie gegenwärtig Beschwerden an Zähnen oder Zahnfleisch? Ja () Nein ()

- Haben Sie Ängste bei Zahnbehandlungen? Ja () Nein ()

Wenn ja, welche?: _____

Warum wechseln Sie den Zahnarzt? _____

Wie oder durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Sind Sie unzufrieden mit Ihren Zähnen und deren Aussehen? Ja () Nein ()

Wie stehen Sie zu Amalgamfüllungen?

- Haben Sie Interesse an zahnfarbigen Alternativen? Ja () Nein ()

- Haben Sie Interesse an Materialunverträglichkeitstestung? Ja () Nein ()

- Hätten Sie gern, wenn möglich weißere Zähne? Ja () Nein ()

- Haben Sie Zahnfleischbluten während des Zähneputzens bemerkt? Ja () Nein ()

- Schmerzt es bei weiter Mundöffnung oder beim Gähnen? Ja () Nein ()

- Machen ihre Kiefergelenke Geräusche? Ja () Nein ()

- Haben Sie manchmal Schmerzen vor, hinter dem Ohr? Ja () Nein ()

- Leiden Sie an unerklärlichen Kopfschmerzen? Ja () Nein ()

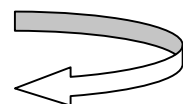
- Sind Sie Nichtraucher ? Ja () Nein ()

Leiden oder litten Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen

(z. B. Herzkrankheiten, Hepatitis, Diabetes, Bluthochdruck, Asthma, Rheumatisches Fieber, Nierenkrankheiten, Aids oder anderen Infektionskrankheiten)?

Wenn ja, welche: _____

Bitte wenden



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja () Nein ()
Wenn ja, welche?: _____

Und wofür?: _____

- Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Ja () Nein ()
Wenn ja, bitte erläutern: _____

- Hatten Sie eine Strahlenbehandlung? Ja () Nein ()
Wenn ja, bitte erläutern: _____

- Sind Sie operiert worden? Ja () Nein ()
Wenn ja, bitte erläutern: _____

- Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-Bereich geröntgt worden? Ja () Nein ()

- Besteht eine Schwangerschaft? Ja () Nein ()

- Haben Sie je eine Überreaktion auf Betäubungsmittel gehabt? Ja () Nein ()

- Haben Sie Allergien ...
... gegen Metalle (z. B. Nickel, Palladium, Amalgam, Quecksilber)? Ja () Nein ()
Wenn ja, welche

: _____

... gegen Arzneimittel (z. B. Penicillin, Aspirin, Nelkenöl)? Ja () Nein ()
Wenn ja, welche

: _____

...sonstigen Allergien (z B. Hausstaub, Pollen o. ä.) Ja () Nein ()
Wenn ja, welche

: _____

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Wir bitten Sie, mit Rücksicht auf die nachfolgende Patienten Ihre Termine pünktlich wahrzunehmen und uns im Verhinderungsfall mindestens einen Tag vorher zu verständigen.

Für nicht eingehaltene Termine oder nicht abgesagte Termine können wir eine Gebühr berechnen.

Datum, Unterschrift: _____

Vielen Dank das Sie sich die Zeit genommen haben!