



Liebe Patientin, lieber Patient,
wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Versicherter

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Nr. _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon privat _____ Telefon geschäftlich _____

Mobil-Telefon _____ Fax _____

E-Mail-Adresse _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Krankenkasse

Name _____

Gesetzliche Krankenkasse

Zusatzversicherung

Private Krankenkasse

Anspruch auf Beihilfe

Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende Zahnbehandlung _____

Grund Ihres heutigen Besuches? _____

Worauf legen Sie besonderen Wert? _____

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? nein ja

Möchten Sie von uns alle 6 Monate an Ihren Kontrolltermin erinnert werden? nein ja

Wenn ja, dann ... per Post per E-Mail per SMS

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet auf Empfehlung von _____ andere Quelle _____

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter www.zahnarztpraxis-treptow.de? nein ja

Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? _____

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? _____

bitte wenden >>



Ich bin an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Implantologie |
| <input type="checkbox"/> Parodontosebehandlung | <input type="checkbox"/> Zahnästhetik | <input type="checkbox"/> Amalgamsanierung |
| <input type="checkbox"/> Bleaching (Zahnaufhellung) | <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> überempfindliche Zähne | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken | <input type="checkbox"/> Zahnverfärbungen | <input type="checkbox"/> Mundgeruch |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Zahnlockerungen | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Wechselwirkungen von Medikamenten/akute Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (z.B. Blutverdünner, Bisphosphonate, Blutdruckmedikamente o.ä.)

Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit/Allergie?

- | | | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Besitzen Sie einen Allergiepass/Herzpass? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Grüner Star (Glaukom) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Leberentzündung (Hepatitis A/B/...) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Asthma | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Chronische Erkrankungen der Atemwege? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Epileptische Anfälle | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| HIV Infektion | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Blutungsneigung (Hämophilie)? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Herz-Kreislauf-Erkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Bestehen andere Erkrankungen? _____

Schwangerschaft nein ja Wenn ja, in welchem Monat? _____

Röntgen Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? nein ja

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Wir behalten uns vor, reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mindestens 24 Stunden vor dem Behandlungsbeginn) in Rechnung zu stellen.

Datum _____ Unterschrift _____