

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen!

Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Eventuelle Änderungen bitten wir sie uns umgehend mitzuteilen.



Name, Vorname _____ geboren am _____

Wohnort _____ Straße, Nr. _____

Telefon privat _____ Telefon Büro _____

Versicherung _____ Beihilfeberechtigt ja nein

Versicherter _____ geboren am _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam _____

Ihr Anliegen

Haben Sie derzeit Schmerzen? ja nein Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

Haben Sie Kopf- o. Nackenschmerzen? ja nein Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches? ja nein

Sonstiges _____

Wünschen Sie eine besondere Beratung über

Kariesvermeidung ja nein Goldfüllungen (Inlays) ja nein

Ernährung ja nein Zahnfarbene Keramikfüllungen ja nein

Prophylaxe ja nein Keramik Veneers ja nein

Parodontal-Behandlung ja nein Kunststofffüllungen ja nein

Amalgam-Entfernung ja nein Ästhetische Zahnheilkunde ja nein

Homöopathie ja nein Bleichen der Zähne ja nein

Implantate ja nein

Sonstiges _____

Medizinische Befunderhebung - haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

Herzerkrankung ja nein Kreislaufkrankung ja nein

Herzschrittmacher ja nein Blutgerinnungsstörung (Marcumar) ja nein

Immunschwäche ja nein HIV+ ja nein

Diabetes ja nein Rheuma ja nein

Asthma ja nein Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis) ja nein

Allergien ja nein welche _____

Medikamente ja nein welche _____

Medikamentenunverträglichkeiten ja nein welche _____

Sonstiges _____

Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft ja nein SSW _____

Ihr Hausarzt

Name _____ Telefon _____

Datum _____ Unterschrift _____

Bitte beachten: Betäubungsmittel (Injektionen) können die Fahrtauglichkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen

Wir nehmen uns Zeit
für Ihre Zähne