



Bevor wir uns in Ruhe mit Ihnen über Ihr zahnmedizinisches Anliegen unterhalten, benötigen wir für Ihre individuelle Behandlung Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen natürlich der Schweigepflicht!

Patient|in _____

Welches Anliegen führt Sie zu uns? (z.B. Wurzelbehandlung, ...)

Geburtsdatum | Ort _____

Straße | Nr. _____

Was ist Ihnen wichtig bei der Beratung und Behandlung?

PLZ | Ort _____

Beruf | Arbeitgeber* _____

Ich komme auf Empfehlung bzw. wurde überwiesen von:*

Telefon (Privat) _____

Telefon (Mobil) _____

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne und Ihrem Lächeln zufrieden?*

E-Mail _____

Nein Ja

Falls Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der | die Versicherte?

Versichertelr _____

Geburtsdatum | Ort _____

MEINE GESUNDHEIT

Ich bin zurzeit in ärztlicher Behandlung

Nein Ja Falls ja, bei wem? Dr. _____

Ich habe chronische Krankheiten (z.B. Epilepsie, Asthma, Herz, ...)

Nein Ja Falls ja, welche? _____

Ich habe | hatte Krankheiten (z.B. Gelbsucht, HIV+, Tumor, ...)

Nein Ja Falls ja, welche? _____

Ich habe Blutgerinnungsstörungen

Nein Ja Falls ja, welche? _____

Ich nehme Medikamente (z.B. Marcumar, ASS, ...)

Nein Ja Falls ja, welche? _____

Ich habe Allergien | Unverträglichkeiten (z.B. gegen Spritzen, ...)

Nein Ja Falls ja, welche? _____

Ich rauche

Nein Ja Falls ja, wieviel pro Tag? _____

Ich bin schwanger

Nein Ja Falls ja, wievielte Woche? _____

MEINE ZÄHNE

Meine letzte professionelle Zahnreinigung (PZR) war am: _____

Ich wurde kieferorthopädisch behandelt

Nein Ja Falls ja, wann? _____

Ich habe Probleme mit meinem Zahnfleisch

Nein Ja Falls ja, welche? _____

Ich hatte eine Parodontitisbehandlung

Nein Ja Falls ja, wann? _____

Ich habe Zahnersatz

Nein Ja Falls ja, wie alt? Ca. _____

Ich habe eine "Knirschschiene"

Nein Ja Falls ja, nur für nachts? _____

Ich habe Kopf- | Kiefergelenkschmerzen

Nein Ja

Ich habe Probleme, den richtigen Biss zu finden

Nein Ja

MEINE VERSICHERUNG

Ich bin wie folgt versichert:

Zusatzversicherung _____

Privat versichert _____

Beihilfe? Nein Ja

RECALL ERINNERUNGSSERVICE

Ich möchte bitte an meine Kontrolltermine erinnert werden - vorzugsweise per:

E-Mail SMS

Termine, die ich nicht einhalten kann, sage ich 24 Stunden vorher ab. Ansonsten kann mir die Ausfallzeit in Rechnung gestellt werden.

Bremen, den _____

*) Freiwillige Angaben

Unterschrift