

## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Vielen Dank!

Vorname	Name	Geburtstag
Straße	PLZ & Ort	Versicherungsnehmer (bei Familienversicherten)
Telefon privat	Telefon beruflich	Handy
<input type="checkbox"/> mit Recall einverstanden		
E-Mail (falls vorhanden)	Beruf	Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

### Bitte nur ankreuzen, falls diese Aussagen auf Sie zutreffen:

- Ich möchte eine zahnmedizinische Behandlung, die mich als Patient optimal versorgt und über das „notwendige und zweckmäßige“ hinausgeht (vgl. SGB V, §12 Abschnitt 1)
- Die Gesundheit meiner Zähne ist mir wichtig
- Ich bin mit Funktion und Aussehen meiner Zähne bzw. meines Zahnersatzes zufrieden
- Ich habe Zahnschmerzen und wünsche lediglich Schmerzbeseitigung
- Ihr Hauptanliegen: \_\_\_\_\_

### Wünschen Sie besondere Beratung über:

- Implantate
- Professionelle Zahnreinigung, Individualprophylaxe
- Schonende Parodontalbehandlung
- Hochwertiger Zahnersatz (Kronen, Brücken, Teleskope, Geschiebe)
- Zahnaufhellung (Bleaching)
- Vollkeramikinlays und Vollkeramikronen (Cerec)
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen:**

- Herzerkrankungen
- Herzinfarkt
- Herzschrittmacher
- Schlaganfall
- Lähmungen
- Immunschwäche
- Rheuma
- Hepatitis
- HIV
- Kreislauferkrankung
- Diabetes
- Asthma
- Osteoporose
- Schilddrüse
- Tumorerkrankung

Medikamente:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

- Sonstige Medikamenteneinnahme, \_\_\_\_\_?
- Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel? Wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_
- Zigaretten, \_\_\_\_\_/Tag

Blutdruck:

- niedrig      Werte: \_\_\_\_\_
- normal      \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_
- hoch

- Schwangerschaft \_\_\_\_ Monat
- Allergien, welche? \_\_\_\_\_

Ihre Hausärzte

Datum

Unterschrift