



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Patient/in: Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Mitglied: Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Anschrift: PLZ/Ort: _____ Straße/Nr.: _____ Telefon: _____
Beruf: _____ E-Mail: _____ Mobil: _____

Gesetzliche Krankenkasse: _____ Pflegestufe: ja nein

Private Zahnzusatzversicherung: ja nein Beihilfeberechtigt: ja nein

Private Versicherung: _____ Empfohlen durch: _____

Ich habe folgende Beschwerden bzw. Behandlungswünsche:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="radio"/> Zahnschmerzen | <input type="radio"/> Parodontosebehandlung | <input type="radio"/> Mundgeruch | <input type="radio"/> Routinekontrolle |
| <input type="radio"/> Prophylaxe | <input type="radio"/> Ästhetische Zahnheilkunde | <input type="radio"/> Amalgam-Entfernung | <input type="radio"/> Implantate |
| <input type="radio"/> Tinnitus | <input type="radio"/> Zahnaufhellung (Bleaching) | <input type="radio"/> Zahnersatz | <input type="radio"/> Sog. zweite Meinung |
| <input type="radio"/> Abklären von Herden
(chronische Entzündungen) | <input type="radio"/> Kiefergelenkbehandlung
(Kopf- und Gesichtsschmerzen) | <input type="radio"/> Endodontie
(Erhalt entzündeter Zähne) | <input type="radio"/> Abklären von Material-
Unverträglichkeiten |
- Andere Beschwerden und zwar: _____

Welche Erkrankungen liegen bei Ihnen vor _____
(z.B. Erkrankungen des Herzens oder der Leber, Blutdruckstörungen,
Rheuma, Allergien, Zuckerkrankheit, Infektionskrankheiten)? _____

Welche Medikamente, insbesondere Bisphosphonate,
nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Zusatzfragen für Patientinnen:

Besteht bei Ihnen zurzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Ich verpflichte mich, vor späteren Röntgenaufnahmen den behandelnden Zahnarzt von einer evtl. Schwangerschaft zu unterrichten.

Tragen Sie Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen, Teilprothesen), der jünger als 2 Jahre ist? ja nein

Wie alt ist der ggf. vorhandene Zahnersatz? _____

Ich nehme seit _____ 1x jährlich an der regelmäßigen Kontrolluntersuchung teil. ja nein

Rauchen Sie? ja nein Wünschen Sie eine Verschönerung Ihrer Zähne? ja nein

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten