



Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und an Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:

Name | Vorname | Geburtsdatum

Mitglied:

Name | Vorname | Geburtsdatum

Anschrift:

Straße, Hausnummer | PLZ, Ort | Telefon

Emailadresse | Mobil

Arbeitgeber:

Name des Arbeitgebers/Unternehmen | Ort | Telefon | Emailadresse

Krankenversicherung:

Haben Sie eine Zusatzversicherung? | Ja | Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung von Gelbe Seiten Internet Sonstiges

1. Haben Sie Zahnschmerzen? Nein Ja Wann?

2. Können Sie alles essen? Nein Ja

3. Haben Sie empfindliche Zahnhälse? Nein Ja

4. Haben Sie Kiefergelenkschmerzen oder -knacken? Nein Ja

5. Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Nein Ja

6. Bleiben zwischen Ihren Zähnen oft Essensreste hängen? Nein Ja

7. Blutet Ihr Zahnfleisch nach dem Zähneputzen? Nein Ja

8. Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? Nein Ja

9. Sind Ihre Zähne gelockert? Nein Ja

10. Haben Sie aktuelle Röntgenbilder? Nein Ja

11. Haben Sie Angst vor der Behandlung? Nein Ja

12. Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz? Nein Ja

13. Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? Nein Ja



Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

1. Allergie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Welche?
2. Atemwegserkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
3. Blutgerinnungsstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
4. Diabetes	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Welcher Typ?
5. Anfallsleiden (Epilepsie)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
6. Schilddrüsenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
7. Erhöhter Augendruck (Glaukom)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
8. Herz-Kreislaufkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Welche?
9. Erkrankungen der blutbildenden Organe (hämatologische Erkrankungen)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
10. Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Welche?
11. Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
12. Magen-Darmerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
14. Nierenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
15. Rheumaerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
16. Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
17. Osteoporose	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
18. Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
19. Rauchen Sie?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
20. Besteht eine Schwangerschaft?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
21. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
22. Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	

Name und Telefon des Arztes:

Mainz, den

Unterschrift (bei Minderjährigen ein Erziehungsberechtigter)