



Zahlreiche Krankheiten können die zahnärztliche Behandlung beeinflussen.
Beantworten Sie deshalb bitte die folgenden Fragen sorgfältig!
Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Haben Sie Allgemeinerkrankungen? Ja / nein Welche?

Welche Medikamente vertragen Sie nicht?

Neigen Sie zu Ohnmacht oder Kreislaufschwäche? ja / nein

Haben Sie Bluthochdruck? ja / nein

Haben Sie Heuschnupfen oder andere Allergien? ja / nein welche

Hatten Sie jemals Infektionen wie Gelbsucht, TBK o.a.? ja / nein welche.....

Sind Sie schwanger? ja / nein

Haben Sie Diabetes? ja / nein Rheuma? ja / nein

HIV? ja / nein

Wieviele Zigaretten rauchen Sie täglich: keine / <10 / > 10

Wenn Sie nicht rauchen, haben Sie früher geraucht? Bis wann: wie viel: <10 / > 10

Trinken Sie Alkohol? nein/ ca. 1x wöchentl. / 2-3 x wöchentl. / täglich

Nehmen Sie andere Drogen? nein / gelegentlich/ häufig

Haben Sie Kiefergelenkgeräusche festgestellt (knacken, reiben)? ja / nein

Haben Sie Kiefergelenkschmerzen? ja / nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja / nein

Haben Sie Verspannungen in Schulter- und/oder Nackenbereich? ja / nein

Haben sie Rückenschmerzen? ja / nein

Name: Vorname: Geburtsdatum:.....

Aktuelle Wohnanschrift PLZ: | | | | | Ort:

Straße, Nr:..... Tel. priv.:

Email-Adresse: Telefon dienstl.:

Beruf/Tätigkeit: Handy:

bei (Firma) : Provider (D2, E-Plus):



Wie haben Sie unsere Praxis kennengelernt?

zufällig gesucht in Wohnortnähe facebook

auf Empfehlung von.....

Sind auch Ihre Kinder bzw. Familienangehörige Patienten dieser Praxis? ja / nein

Empfehlungen an unsere Praxis / persönliche Wünsche zur Behandlung:

.....

Ist Ihnen unser Prophylaxe-Programm gegen Karies und Parodontose bekannt? ja / nein

Ich empfehle Ihnen halbjährliche Kontrolluntersuchungen. Von den Krankenkassen werden ebenfalls Untersuchungen 2x jährlich erstattet.

Würden Sie gern halbjährlich Ja / Nein per SMS / Post oder

jährlich von uns an Ihren fälligen Kontrolltermin erinnert werden? ja / nein

Sind Sie an einem Gesamtkonzept für Ihr Gebiß interessiert? ja / nein

Oder (und) möchten Sie ein spezielles Problem behandelt bekommen? ja / nein

Datum:.....

Ihre Unterschrift: