



Qualität, Kompetenz,
Menschlichkeit und Erfahrung.

Zu Ihrer Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Wohnort

E-Mail Privat

Telefon

Mobil

Beruf

Arbeitgeber

Hausarzt

Wie sind Sie krankenversichert?

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zahnezusatzversicherung

Name Krankenversicherung

Zu Ihrer letzten Behandlung

Von welchem Zahnarzt wurden Sie zuletzt betreut? _____

Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen im Kopfbereich aufgenommen? _____

Wie haben Sie uns gefunden?

Persönliche Empfehlung

Internet

Facebook

Sonstiges _____

Zu Ihrer Gesundheit

<p>Allgemeine Krankheiten:</p> <p>Hoher Blutdruck</p> <p>Niedriger Blutdruck</p> <p>Blutgerinnungsstörung</p> <p>Schlaganfall</p> <p>Diabetes</p> <p>Asthma</p> <p>Herzerkrankungen > wenn ja, welche:</p> <p>_____</p> <p>Schilddrüsenerkr.</p> <p>Rheuma</p> <p>Allergien wenn ja, welche:</p> <p>_____</p>	<p>JA NEIN</p>	<p>Sonstige Erkrankungen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Infektionskrankheiten:</p> <p>HIV</p> <p>Hepatitis</p> <p>Sonstige:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Rauchen Sie? > wenn ja, wie viel?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>JA NEIN</p>	<p>Für Patientinnen:</p> <p>Nehmen Sie die Pille?</p> <p>Sind Sie schwanger? > wenn ja, welche Woche:</p> <p>_____</p> <p>Nehmen Sie Medikamente? > wenn ja, welche?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--------------------	---	--------------------	--

Welches Anliegen führt Sie zu uns?

<p>CAD/CAM-Keramik</p> <p>Vorsorgeuntersuchung</p> <p>Zahnersatz</p> <p>Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?</p> <p>Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blut beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?</p> <p>Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack?</p> <p>Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?</p> <p>Wurden Ihre Zähne bisher mindestens halbjährlich professionell gereinigt?</p> <p>Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie an Ihre Vorsorge zu erinnern?</p> <p>Benachrichtigung per: SMS E-Mail</p>	<p>Zahnerhaltung</p> <p>Professionelle Prophylaxe</p>	<p>Implantologie</p> <p>zweite Meinung</p>	<p>JA NEIN</p>
---	---	--	--------------------

Ort, Datum	Unterschrift Patient	Unterschrift Arzt
------------	----------------------	-------------------