



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Geb.Datum: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Tel. privat: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Tel. gesch.: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert       privat versichert

- Ich habe den **Sonderstatus „freiwillig versichert“** in der gesetzlichen KK  
 Ich habe den **Sonderstatus „PKV-Standardtarif“** in der privaten Versicherung  
 Ich bin beihilfeberechtigt       Ich besitze eine Zusatzversicherung

- Ich komme zur Kontrolle  
 Ich komme mit Beschwerden  
 Ich habe ein Besonderes Anliegen:  
\_\_\_\_\_  
 Ich bin ein Angstpatient
- Mein letzter Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_  
 Ich war regelmäßig bei der Hauptuntersuchung?  
 Ich nehme an einem Prophylaxeprogrammen teil?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?  pers. Empfehlung  
 Gelbe Seiten     Internet     Military/ISS     Presse     Vortrag     Sonstiges \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Haben oder hatten Sie Erkrankungen an folgenden Systemen:

- |                      |   |                    |   |
|----------------------|---|--------------------|---|
| Herz-/Blut-Kreislauf | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Rheumatische Erkr. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hoher Blutdruck      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schilddrüse        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| niederer Blutdruck   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Mandeln            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Lungen               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Ohren              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Atemwege             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Blinddarm          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Magen/Darm           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Erkältungen        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Leber                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Depressionen       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Niere                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                    |   |

Haben Sie Allergien?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Haben Sie einen  
Allergiepaß?  ja  nein  
Haben Sie Diabetes?  ja  nein  
Haben Sie Hepatitis?  ja  nein

Sind Sie HIV positiv?  ja  nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Neigen Sie zu Folgendem?

Zahnfleischbluten  ja  nein  
Zahnfleischrückgang  ja  nein  
Zahnlockerungen  ja  nein  
Zähneknirschen/pressen  ja  nein  
Kiefergelenkbeschwerden  
(Knacken/Reiben)  ja  nein  
Migräne  ja  nein  
Beschwerden an einer  
Stelle der Wirbelsäule  ja  nein  
Besitzen Sie eine  
Knirscherschiene  ja  nein  
Gefällt Ihnen der optische  
Anblick Ihrer Zähne?  ja  nein

Sind Sie mit Ihrer  
Zahnfarbe zufrieden?  ja  nein  
Sind Sie mit Ihrer  
Zahnstellung zufrieden?  ja  nein

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, welche Woche? \_\_\_\_\_

Wurden Sie operiert?  ja  nein

Wenn ja, wann und um welche OP  
handelte es sich? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich möchte an Ihrem Wiederbestellservice teilnehmen per

Email  SMS  Postkarte

### Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift