

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Ist dies Ihr erster Besuch? Drucken Sie bitte dieses PDF aus, füllen die Formularfelder aus und bringen es unterschrieben bei Ihrem ersten Besuch mit in unsere Praxis.

* Pflichtfelder

* Name, Vorname:

* Geb.Datum:

* Telefon (tagsüber):

* E-Mail:

Beruf:

* Straße:

* PLZ:

* Hauptversicherter:

Zusatzversicherung:

Fragen zu Ihrer Gesundheit

	ja	nein
Sind Sie herzkrank? (Herzschrittmacher u.a.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie zu hohen Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie zuckerkrank?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an einer Lebererkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Asthma (schwerer Atemnot)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Osteoporose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Falls ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

.....

.....

Haben oder hatten Sie eine Infektionserkrankung (Hepatitis/AIDS usw.)? ja nein

Gibt es sonstige Erkrankungen? Falls ja, welche? ja nein

.....

Nehmen Sie ständig Medikamente ein (z.B. blutgerinnungshemmende Medikamente, Bisphosphonate)? ja nein

Falls ja, welche?

.....

Wann wurden Sie zuletzt an den Zähnen geröntgt? ja nein

.....

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Welcher Monat?

Haben Sie Angst vor der Behandlung? ja nein

Warum?

Haben Sie schon eine zahnärztliche Spritze erhalten? ja nein

Falls ja, gab es irgendeine außergewöhnliche Reaktion? ja nein

.....

Sind Ihnen Besonderheiten im Zusammenhang mit Ihren Zähnen aufgefallen? Zum Beispiel:

» entzündetes Zahnfleisch/Zahnfleischbluten? ja nein

» Zahnlockerung/Zahnwanderung/ Schiefstand einzelner Zähne? ja nein

	ja	nein
» Zahnverfärbungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
» Zähneknirschen/ Zähnepressen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
» schlechter Geschmack/Mundgeruch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
» andere:		

.....

Zu welchen Themen wünschen Sie nähere Informationen von uns?

» langfristige Gesunderhaltung Ihrer Zähne/Prophylaxe? ja nein

» Zahnaufhellung, vollkeramischer Zahnersatz? ja nein

» festsitzende Zähne und Zahnersatz durch Implantate? ja nein

» Mundhygieneprodukte (elektr. Zahnbürste, Zahnseide etc.) ja nein

» andere:

.....

Falls Sie bereits Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) haben, sind Sie mit der Funktion und dem Aussehen rundherum zufrieden? ja nein

» Falls nein, was stört Sie? ja nein

.....

.....

Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden? ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

.....

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit.

Ihr Praxisteam

Berlin, den

Unterschrift: