

Bitte ausgedruckt und unterschrieben mitbringen!



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

* Pflichtfelder

* Name, Vorname:

* Straße:

* Geb. Datum:

* PLZ:

* Telefon (tagsüber):

* Hauptversicherer:

* E-Mail:

Zusatzversicherung:

Beruf:

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.)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gibt es sonstige Erkrankungen? Falls ja, welche? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

.....

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Nehmen Sie ständig Medikamente ein (z.B. blutgerinnungshemmende Medikamente, Bisphosphonate)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Falls ja, welche? | | |

.....

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Wann wurden Sie zuletzt an den Zähnen geröntgt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|---|-----------------------|-----------------------|

.....

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|

Welcher Monat?

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Haben Sie Angst vor der Behandlung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|

Warum?

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Haben Sie schon eine zahnärztliche Spritze erhalten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|--|-----------------------|-----------------------|

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Falls ja, gab es irgendeine außergewöhnliche Reaktion? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|--|-----------------------|-----------------------|

.....

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

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| » entzündetes Zahnfleisch/Zahnfleischbluten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| » Zahnlockerung/Zahnwanderung/ Schiefstand einzelner Zähne? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- | | 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? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| » Zahnaufhellung, vollkeramischer Zahnersatz? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| » festsitzende Zähne und Zahnersatz durch Implantate? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| » Mundhygieneprodukte (elektr. Zahnbürste, Zahnpaste etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| » andere: | | |

.....

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

- | | | |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| » Falls nein, was stört Sie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|

.....

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? | | |

.....

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit.
Ihr Praxisteam

Berlin, den

Unterschrift: