

Name: Vorname:
 Geburtsdatum: Beruf:
 Adresse:
 Telefon privat: Handy:
 E-Mail:
 Krankenkasse: Zahnzusatzversicherung ja nein
 Names des Hausarztes: Telefonnummer:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Nehmen Sie Blutverdünner? ja nein

Bestehen Allergien bzw. Unverträglichkeiten?

Liegt ein Pflegegrad vor? Wenn ja, welcher?
 Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein Wenn ja, in welcher Woche

Trinken Sie Alkohol? ja nein selten gelegentlich täglich
 Rauchen Sie? ja nein

hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Glaukom (grüner Star)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	HIV, Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	andere Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	andere:	

Welche gezielte Beratung wünschen Sie?

Karies- und Parodontoseprophylaxe	<input type="checkbox"/>	Amalgamaustausch / Alternativen	<input type="checkbox"/>
Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/>	Zahnaufhellung (Bleaching)	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz / Implantate	<input type="checkbox"/>	Zahnstellungskorrekturen	<input type="checkbox"/>
Schnarchtherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja nein
 Haben Sie Probleme mit den Kiefergelenken? ja nein
 Haben Sie Zahnfleischbluten? ja nein

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches?
 (Schmerzen, Beratung, Kontrolle).....
 Durch wen wurden wir empfohlen?

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.

Medikamente, auch Betäubungsmittel, können die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Ich möchte am Recall - System teilnehmen und nach 6 Monaten 12 Monaten an meinen zahnärztlichen Vorsorgetermin per E-Mail per Telefon erinnert werden.

Wir weisen darauf hin, dass vereinbarte Termine nur für Ihre Behandlung freigehalten werden. Bei nicht rechtzeitiger Absage (mind. 24 Stunden vorher) behalten wir uns vor einen Verdienstausschlag, nach §615 BGB, in Höhe von 50 € pro 30 Minuten in Rechnung zu stellen.

Datum Unterschrift