

Allgemeine Gesundheitssituation

	Ja	Nein		Ja	Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten:		
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chemo-/Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche:		
Allergien wenn ja, welche:			Haben Sie einen Pflegegrad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für unsere Patientinnen:			Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wieviel:		
			Wenn ja, welche Woche:		

Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führte?

- Vorsorgeuntersuchung Beratung Schmerzbehandlung
 Neuer Zahnersatz Zweite Meinung
 Sonstiges

Wie alt sind Ihre Kronen?

Im Oberkiefer _____ Jahre alt.

Im Unterkiefer _____ Jahre alt.

Wann sind bei Ihnen das letzte Mal Röntgenbilder gemacht worden?

Von den Zähnen: _____ (Jahr)

Im Allgemeinen _____ (Jahr)

	Ja	Nein
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutung beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Gedanke, einmal eine Prothese tragen zu müssen, für Sie unangenehm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie wichtig ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne? sehr wichtig wichtig nicht so wichtig

Welchen Stellenwert hat Qualität für Sie? sehr hoch hoch nicht so hoch

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Hiermit bestätige ich, dass ich **nicht** im Standard-, Basis- oder Notlagentarif bzw. im Studententarif der Privaten Krankenversicherung versichert bin.

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.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschriften Patient und
Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Bei kurzfristiger Absage oder nicht eingehaltenen Terminen behalten wir uns vor, Ihnen unsere Ausfallzeiten in Rechnung zu stellen (je nach Terminlänge zwischen 40 € - 100 €).

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift