

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches?

Möchten Sie von unserem Team kostenlos an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden?

___ ja ___ nein

___per Tel. ___per Fax ___per Post

Allgemeiner Gesundheitszustand

Bitte in rechter Spalte ankreuzen.

	ja	nein
Herz-/Kreislaufkrankungen (Angina Pectoris, Infarkt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoher oder niedriger Blutdruck Blutdruck-Werte _____ / _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis, Tbc, HIV+, AIDS Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit / Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenfunktionsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma, Migräne, Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arzneimittelüberempfindlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma, Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Allergie Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergiepass vorhanden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Erkrankungen _____ _____		
Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gab es bereits Komplikationen bei einer ärztlichen Behandlung? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung im Zahn-/Mund-/Kieferbereich _____		

Spezielle Angaben, damit wir Ihnen besser helfen können:

	ja	nein
Zustand des Zahnhalteapparates		
Hatten Sie bereits eine Parodontosebehandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnfleischbluten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zurückgehendes Zahnfleisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wandern einzelner Zähne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heiss-/Kälteempfindlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zustand Kiefergelenk		
Knacken beim Kauen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zähneknirschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafenstiche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tinnitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesichtsverspannung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muskelverhärtung Gesicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nackenschmerzen ohne Ursache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oft Kopfschmerzen ohne Ursache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migräne ohne Ursache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnreinigung		
Verwenden Sie ausser der Zahnbürste noch andere Hilfsmaterialien? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möchten Sie Ihre Mundhygiene verbessern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wünschen Sie eine ausführliche Beratung zu Mundhygiene und Ernährung (Prophylaxe)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

> Sind Sie Raucher? ___ja ___nein Falls ja, wie viele Zigaretten am Tag _____

> Teilen Sie uns bitte eine eventuell vorliegende Schwangerschaft mit! Schwanger ___ja ___nein

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

Hinweis

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden nur in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und Außenstehenden unter keinen Umständen ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben. Ich bin darüber informiert, dass die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern nicht innerhalb von 10 Tagen ein Zahnbehandlungsschein oder eine Krankenversicherungskarte (KVK) einer gesetzlichen Krankenversicherung vorliegt. Vereinbarte Termine bitte spätestens 24 Stunden vorher absagen, da Ihnen sonst die für uns ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden kann (§§ 304, 615 BGB).

Datum

Unterschrift