

## Zu Ihrer Person

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum / Geburtsort
_____	_____	_____
Geburtsname	Straße	PLZ / Wohnort
_____	_____	_____
E-Mail Privat	Mobil oder Telefonnummer	Hausarzt

## Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße	PLZ / Wohnort	Mobil oder Telefonnummer

## Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer?

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße	PLZ / Wohnort	Mobil oder Telefonnummer

## Wie sind Sie krankenversichert?

Gesetzlich versichert  Privatversichert  Zahnzusatzversicherung

Liegt ein Pflegegrad vor?

\_\_\_\_\_ Name Krankenversicherung

## Zu Ihrer letzten Behandlung

\_\_\_\_\_ Welcher Zahnarzt hat Sie zuletzt betreut?

\_\_\_\_\_ Liegen aktuelle Röntgenaufnahmen vor?

## Wie haben Sie uns gefunden?

Persönliche Empfehlung

Internet

Social Media

\_\_\_\_\_ Sonstiges

## Zu Ihrer Gesundheit

### Allgemeine Krankheiten:

	JA	NEIN
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaukom/grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Herzerkrankungen:

	JA	NEIN
Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborener oder Erworbener Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine Endokarditis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Magen-Darm-Erkrankungen:

	JA	NEIN
Morbus Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Tumorerkrankungen:

	JA	NEIN
Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisphosphonat-Therapie > in welchem Jahr? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Infektionskrankheiten:

	JA	NEIN
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Neurologische Erkrankungen:

	JA	NEIN
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creutzfeld-Jakob-Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? > wenn ja, wie viel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente? > wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Für Patientinnen:

	JA	NEIN
Sind Sie schwanger? > wenn ja, welche Woche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Welches Anliegen führt Sie zu uns?

	JA	NEIN
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blut beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie an Ihre Vorsorge per Telefon zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum und Unterschrift\*