



Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht; Änderungen bitten wir uns umgehend mitzuteilen.

Name _____ Vorname _____ geb. _____
Straße / Nr _____ PLZ / Wohnort _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____
Telefon _____ berufl. Mobil _____
E-Mail Adresse _____
Versicherung _____ Beihilfeberechtigt _____

ggf. gesetzliche/r Vertreter/in bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Ihr Hauptanliegen? _____

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? _____

Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen? Ja ___ Nein ___ Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden? Ja ___ Nein ___

Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen o. Gähnen? Ja ___ Nein ___

Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches? Ja ___ Nein ___

Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen? Ja ___ Nein ___

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Karies-Vermeidung Ja ___ Nein ___

Kiefergelenk-Behandlung Ja ___ Nein ___

Vollwert-Ernährung Ja ___ Nein ___

Zahnfarbene Keramik-Füllungen Ja ___ Nein ___

Parodontal-Behandlung Ja ___ Nein ___

Hochwertigen Zahnersatz Ja ___ Nein ___

Amalgamentfernung Ja ___ Nein ___

Implantate Ja ___ Nein ___

Quecksilber-Ausleitung Ja ___ Nein ___

Ästhetische Zahnheilkunde Ja ___ Nein ___

Medizinische Befunderhebung: Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten? (Bitte ankreuzen)

Herzerkrankung ___ Kreislaufkrankung ___ Herzschrittmacher ___ Diabetes ___ Asthma ___

Künstl. Bluter(Marcumar) ___ Immunschwäche (HIV Pos.) ___ Rheuma ___ Lebererkrankung(Gelbsucht) ___

Schwangerschaft ___ Monat ___

Letzte Röntgen - Untersuchung: _____

Allergien _____ welche? _____

Medikamente ___ welche? _____

Ihr Hausarzt: _____

Telefon: _____

Sehr verehrte PatientIn, sehr geehrter Patient,

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach Bestellsystem geführt. Das heißt, wir reservieren Ihren Wunschtermin ausschließlich für Sie. Wir bemühen uns, Ihren Termin pünktlich einzuhalten. Natürlich ist das Einhalten dieses Termines auch abhängig vom pünktlichen Erscheinen des Patienten vor Ihnen. Sollten Sie zu Ihrem Termin verhindert sein, sagen Sie bitte rechtzeitig vorher ab, damit wir den Termin weiter geben können.

Wir behalten uns vor, reservierte und nicht abgesagte Termine (mindestens 24 Stunden vor Behandlungstermin) mit einem Betrag in Höhe von 50,00 Euro für jede angefangene halbe Stunde in Rechnung zu stellen, es sei denn, Sie bleiben dem

Behandlungstermin unverschuldet fern. In diesem Fall teilen Sie uns bitte die Verhinderungsgründe unverzüglich mit.

Essen, _____

Unterschrift: _____

