



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: \_\_\_\_\_

