



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Neben Ihren Personalien benötigen wir auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist notwendig, um Ihnen eine bestmögliche Behandlung und Betreuung anbieten zu können. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient: _____
Name Vorname geb.

Mitglied: _____
Name Vorname geb.

Anschrift: _____
Straße Nr. Postleitzahl / Ort

Telefon: _____
Tagsüber Handy

Krankenkasse: _____ Beruf: _____

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns? _____

Ihr Hauptanliegen:

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja Nein

Haben Sie einen schlechten Geschmack im Mund? ja Nein

Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen? ja Nein

Sind Ihre Zähne besonders temperaturempfindlich? ja Nein

Bitte wenden



Leiden Sie an Erkrankungen folgender Art:

Herz-/Kreislaufkrankungen / Herzschrittmacher ja nein
Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV, etc.) ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
Asthma / Atemnot ja nein

Andere Erkrankungen : _____

Überempfindlichkeiten / Allergien gegen Materialien oder Medikamente ja nein
Wenn ja, welche?: _____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? ja nein
Wenn ja, welche?: _____

Erfolgten im Zeitraum des letzten Jahres Röntgenaufnahmen
im Mund- Kopfbereich? ja nein

Liegt z.Z. eine Schwangerschaft vor? ja nein
Wenn ja, im welchem Monat sind Sie?: _____

Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden? ja nein

Möchten Sie über Prophylaxe / Vorsorge informiert werden? ja nein

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dabei ist Ihr Termin auf den Behandlungsbedarf abgestimmt. Das bedeutet: Wir haben ausreichend Zeit für Sie reserviert. Wenn Sie aber nicht zum Termin erscheinen, sind wir im Leerlauf. Daher unsere Bitte: können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, sagen Sie uns bitte möglichst langfristig vorher ab!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Mölln, den _____

Unterschrift: _____