

## **Herzlich Willkommen in unserer Praxis**

Wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben. Um Sie optimal betreuen zu können, füllen Sie bitte diesen Bogen gewissenhaft aus. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

### **Patientendaten**

Vorname, Name : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Privat zusatzversichert? ( )

Möchten Sie an unserem Erinnerungs-Service teilnehmen? ( )

Alle 6 Monate? ( ) Alle 12 Monate ? ( )

Möchten Sie über Aktuelles aus unserer Praxis per Newsletter informiert werden? ( )

### **Gesundheits-Check:**

Zutreffendes bitte ankreuzen

Herzerkrankung	( )	Schilddrüsenerkrankung	( )
Herzschrittmacher/künstl. Herzklappe	( )	Lebererkrankung	( )
Hoher Blutdruck	( )	Magen-/Darmerkrankung	( )
Niedriger Blutdruck	( )	Nierenerkrankung	( )
Ohnmachtsneigung	( )	Lungenerkrankung/Asthma	( )
Marcumar/Gerinnungshemmer	( )	Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung	( )
Blutungsneigung/Bluterkrankung	( )	Epilepsie	( )
Osteoporose	( )	AIDS/HIV-Infektion	( )
Diabetes	( )	Tumorerkrankungen	( )

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? ( )

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ( )

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine bekannte Medikamentenunverträglichkeit? ( )

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie Raucher? ( )

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger? ( )

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

*Blatt bitte wenden*

**Grund Ihres Besuchs:**

Kontrolluntersuchung	Ja ( )	Nein ( )
Zahnschmerzen	Ja ( )	Nein ( )
Zahnfleischbluten	Ja ( )	Nein ( )
Mundgeruch	Ja ( )	Nein ( )
Migräne/Kopf-/Nackenschmerzen	Ja ( )	Nein ( )
Kiefergelenksbeschwerden	Ja ( )	Nein ( )
Knirschen	Ja ( )	Nein ( )
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	Ja ( )	Nein ( )
Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden?	Ja ( )	Nein ( )
Sonstiges?	Ja ( )	Nein ( )

**Beratungswunsch:**

Professionelle Zahnreinigung	Ja ( )	Nein ( )
Weisse Zähne (Bleaching)	Ja ( )	Nein ( )
Zahnästhetik/Kosmetik/Ihr Lächeln	Ja ( )	Nein ( )
Zahnfarbene Keramikfüllungen	Ja ( )	Nein ( )
Amalgamsanierung	Ja ( )	Nein ( )
Implantate/Implantatversorgung	Ja ( )	Nein ( )
Behandlung in Vollnarkose	Ja ( )	Nein ( )
Sonstiges	Ja ( )	Nein ( )

**Sie sind uns wichtig:**

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

---

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen?	Ja ( )	Nein ( )
Starke Schmerzempfindlichkeit ?	Ja ( )	Nein ( )
Starker Würgereiz?	Ja ( )	Nein ( )
Legen Sie Wert auf eine örtliche Betäubung?	Ja ( )	Nein ( )
Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?		

---

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen/Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

---

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Kostennote.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Wir bemühen uns, Ihnen eine möglichst pünktliche und ungestörte Behandlung sicherzustellen mit kurzen bis keinen Wartezeiten.

Ihr Praxisteam der Zahnarztpraxis am Wasserturm

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_