



Familienname: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Straße, Hausnr. _____ PLZ, Ort: _____

Tel.-Nr. privat: _____ beruflich: _____ mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

versichert:

gesetzlich privat beihilfeberechtigt zahnzusatzversichert

Name der Versicherungsgesellschaft:

Sind Sie über jemand anderen versichert?

Versicherten Nachname: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____



Wann erreichen wir Sie am besten?

vormittags

nachmittags

Wie / durch wen wurden Sie auf ZAHNHEILKUNDE LINDENTHAL aufmerksam?

Wie können wir Sie am besten an Ihren Vorsorgetermin erinnern (Recall)?

per E-Mail

per Post

danke, ich denke selbst daran

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte bis spätestens 24h vorher ab. Erhalten wir von Ihnen keine fristgerechte Terminabsage, so müssen wir Ihnen leider ein Ausfallhonorar für die für Sie reservierte Zeit in Rechnung stellen (§615 Satz 1 BGB). Unverschuldete Terminversäumnisse werden selbstverständlich nicht berechnet. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Datum: _____

Unterschrift: _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer obigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu. Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit. Beachten Sie bitte zudem, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24h beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.



Liebe Patient*innen,

wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis ZAHNHEILKUNDE LINDENTHAL begrüßen zu dürfen! Um Ihren Besuch bei uns so angenehm wie möglich gestalten zu können, benötigen wir Ihre Unterstützung. Wir bitten Sie daher, die folgenden Fragen gewissenhaft zu beantworten, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Fragen beim Ausfüllen haben, helfen wir sehr gerne weiter.

Leiden (litten) Sie an Erkrankungen der / des:

Herzens oder Kreislaufs	oja onein
Leber	oja onein
Nieren	oja onein
Schilddrüse	oja onein
Magen-Darm-Traktes	oja onein
Gelenke (Rheuma/ Arthritis)	oja onein

Haben (hatten) Sie:

hohen Blutdruck	oja onein
niedrigen Blutdruck	oja onein
Herzschrittmacher/ Herzklappenersatz	oja onein
Diabetes	oja Typ onein
Tinnitus	oja onein
Epilepsie	oja onein
Grünen/ grauen Star	oja onein



Asthma ja nein
Tuberkulose ja nein
Osteoporose ja nein
HIV (Aids) ja nein
Hepatitis ja, Typ A B C nein

Haben Sie Allergien?

ja, gegen _____ nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Herzmedikamente
(Kortikoide) Cortison
 Schmerzmittel
 gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Markumar/ ASS) Antidepressiva
 andere Medikamente _____ Bisphosphonate

Haben Sie sonstige Erkrankungen?

Wann wurden Ihre Zähne das letzte Mal geröntgt?



Rauchen Sie?

ja, _____ Stück/ Tag

nein

Für unsere Patientinnen: Erwarten Sie ein Baby? Wenn ja, welche Woche?

Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?

Datum: _____

Unterschrift: _____



Wie schätzen Sie Ihre Mundgesundheit (Zähne und Zahnfleisch) ein?

- sehr gut gut befriedigend

Welche Mittel verwenden Sie für Ihre häusliche Mundhygiene?

<input type="radio"/> Handzahnbürste	<input type="radio"/> weich <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> hart	<input type="radio"/> Kunststoffborsten <input type="radio"/> Naturborsten
<input type="radio"/> elektrische Zahnbürste		
<input type="radio"/> Mundwasser (Marke)		
<input type="radio"/> Zahnpasta (Marke)		
<input type="radio"/> Zahnseide	<input type="radio"/> gewachst	<input type="radio"/> ungewachst
<input type="radio"/> Zahnzwischenraumbürstchen		
<input type="radio"/> Prothesenreiniger		
<input type="radio"/> Zungenreiniger		
<input type="radio"/> sonstiges		

Ist Ihnen der Nutzen der professionellen Zahnreinigung (PZR) bekannt?

- ja nein

Welche Wünsche führen Sie zu uns?

- Routinekontrolle
- Schmerzbehandlung
- Beratung, welches Thema?
- Zweitmeinung



Können Sie uneingeschränkt kauen und beißen?

ja nein

Leiden Sie unter Heiß-Kalt-Empfindlichkeit?

ja nein

Hat Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder Essen schon mal geblutet?

ja nein

Haben Sie fehlende Zähne, die Sie gerne ersetzt hätten?

ja nein

Möchten Sie Füllungen aus gesundheitlichen Gründen ersetzen?

ja nein

Ist Ihr Mund manchmal unangenehm trocken?

ja nein

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?

ja nein

Haben Sie häufig Kopf- und Nackenschmerzen?

ja nein

Verspüren Sie manchmal einen Metallgeschmack?

ja nein



Schnarchen Sie?

- ja nein

Wie gefallen Ihnen Ihre Zähne?

- sehr gut gut befriedigend

Wünschen Sie sich Ihre Zähne:

- heller
 gerader
 natürlicher im Aussehen bei Zahnersatz oder Füllungen
 kompletter: Lücken sollen geschlossen werden.

Haben Sie gelegentlich mit Mundgeruch zu kämpfen?

- ja nein

Trinken Sie täglich Kaffee, schwarzen Tee oder Rotwein?

- ja nein

Lächeln und lachen Sie uneingeschränkt?

- ja nein

Vielen Dank!
Ihr ZAHNHEILKUNDE LINDENTHAL Team