



<b>Patient/in</b>	_____				
	Name	Vorname		Geburtsdatum	
	Beruf			Arbeitgeber	
<b>Anschrift</b>	_____				
	Straße, Nr.	PLZ	Ort	Tel. privat	Tel. geschäftl.
<b>Versicherte/r</b>	_____				
	Name	Vorname		Geburtsdatum	
	Beruf			Arbeitgeber	
<b>Anschrift</b>	_____				
	Straße, Nr.	PLZ	Ort	Tel. privat	Tel. geschäftl.
<b>Versicherung</b>	_____	<input type="radio"/>	Mitglied	<input type="radio"/>	Freiwillig vers.
	Name	<input type="radio"/>	Familienmitglied	<input type="radio"/>	beihilfeberechtigt
		<input type="radio"/>	Rentner	<input type="radio"/>	Privat vers.
<b>Hausarzt</b>	_____				
	Name	Ort		Telefon	
<b>Empfohlen durch:</b>	<input type="checkbox"/>	Gelbe Seiten	<input type="checkbox"/>	Telefonbuch	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>	Name:	_____

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen, damit wir uns vorab ein genaues Bild über Ihre Zahngesundheit und Ihre Erwartungen machen können:**

	Ja	Nein
Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Bei wem? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Allergien oder Arzneimittelunverträglichkeiten? Wenn ja, gegen welche Stoffe? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen? <input type="radio"/> Atemwegs-Erkrankungen <input type="radio"/> Nieren-Erkrankungen <input type="radio"/> Leber-Erkrankungen <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen <input type="radio"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="radio"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) <input type="radio"/> Infektions-Erkrankungen (z.B. AIDS, HIV, Tuberkulose, Hepatitis) <input type="radio"/> Sonstige _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben oder hatten Sie Herz-Kreislaufferkrankungen? <input type="radio"/> Herzschwäche (Herzinsuffizienz) <input type="radio"/> Herzrhythmusstörungen <input type="radio"/> Angina Pectoris oder Herzinfarkt <input type="radio"/> Herzschrittmacher oder Bypass <input type="radio"/> hoher / niedriger Blutdruck <input type="radio"/> Endocarditis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Blutverdünnung) ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein



**Grund Ihres Zahnarztbesuches:**

<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Zahnschmerzen
<input type="checkbox"/> Zahnfleischprobleme	<input type="checkbox"/> Implantate	<input type="checkbox"/> Zahnersatz
<input type="checkbox"/> Zahnreinigung	<input type="checkbox"/> Bleaching	<input type="checkbox"/> Invisalign

	JA	NEIN
Sind Sie Raucher/in?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____ Zahnarzt: _____		
Haben Sie früher schlechte Erfahrungen bei einer zahnärztlichen Behandlung gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerken Sie Zahnverschiebungen oder Zahnlockerungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerken Sie nach dem Essen vermehrt Speisereste zwischen den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie schätzen Sie Ihre Mundhygiene ein? <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> befriedigend <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> schlecht		
Hatten Sie früher eine Zahnsperre (kieferorthopädische Behandlung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie Probleme / Schmerzen beim Kauen oder beim Öffnen / Schließen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerken Sie Zähneknirschen (evtl. nachts) oder Zähnepressen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie nachts? Wenn ja, haben Sie morgens Kopfschmerzen oder leiden Sie tagsüber unter Müdigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit dem Aussehen / Zustand Ihrer Zähne unzufrieden? Wenn ja, was stört Sie? <input type="checkbox"/> Zahnfarbe <input type="checkbox"/> Zahnform <input type="checkbox"/> Verfärbungen <input type="checkbox"/> Stellung <input type="checkbox"/> Zahnkronen <input type="checkbox"/> Füllungen <input type="checkbox"/> Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnersatz (z.B. Zahnkronen, -brücken, Prothesen, Implantate) Wenn ja, Sind Sie zufrieden mit Ihrem Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wünschen Sie eine Termin-Erinnerung für Ihre regelmäßigen Kontrolluntersuchungen? Wenn ja, wie dürfen wir Sie kontaktieren? <input type="checkbox"/> Email: _____@_____ / Postkarte <input type="checkbox"/> Postkarte <input type="checkbox"/> Telefon / Postkarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonderen Wert legen wir auf vorbeugende Maßnahmen, um neue Zahnerkrankungen zu vermeiden und Ihre Mundgesundheit zu erhalten (Prophylaxe). Diese Maßnahmen führen wir nach Bedarf 2-4 Mal pro Jahr durch, wobei ein Eigenanteil fällig wird.

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dadurch vermeiden wir unnötige Wartezeiten und können Sie in Ruhe behandeln. Halten Sie bitte Ihren Termin pünktlich ein. Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie bitte den Termin mindestens 2 Praxistage vorher ab. Falls Sie vereinbarte Termine nicht rechtzeitig absagen, behalten wir uns vor, Ihnen die durch den Praxisausfall entstandenen Kosten in Rechnung zu stellen.

**Diesen Anmeldebogen benötigen wir mindestens eine Woche vor Ihrem ersten Termin zurück. Anderenfalls gehen wir davon aus, dass Sie an einer Behandlung nicht interessiert sind und streichen den Termin.**