

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Kristin Tresko, Dr. Mirja Schulz & Team

PERSÖNLICHES

☐ m ☐ w ☐ d

Name, Vorname		Geburtsdatum	Geburtsort
Straße		PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil	
E-Mail		Beruf, Arbeitgeber	
Name des Hausarztes	Straße	PLZ, Ort	Telefon

Pflegegrad (falls vorhanden): 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

VERSICHERUNG

Krankenkasse
☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐ Zusatzversicherung

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

IM BETREUUNGSFALL

Betreuer des Patienten	Telefon	Straße	PLZ, Ort
Der Patient ist unterschriftsberechtigt	☐ Ja ☐ Nein		

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

☐ Persönliche Empfehlung ☐ Im Vorbeigehen ☐ Anzeige ☐ Internet ☐ Überweisender Arzt

Kristin Tresko & Dr. Mirja Schulz . Zahnärztinnen . Langdoren 3 a . 29559 Wrestedt . Telefon (05802) 4991 . Telefax (05802) 236

ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION

	ja	nein
Hoher Blutdruck	☐	☐
Niedriger Blutdruck	☐	☐
Blutgerinnungsstörung	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐
Diabetes	☐	☐
Herzerkrankungen	☐	☐

wenn ja, welche:

Asthma, Lungenerkrankung (COPD, ...)	☐	☐
Anfallsleiden (Epilepsie)	☐	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐
Rheumatische Krankheiten	☐	☐
Krebserkrankung	☐	☐
Allergien	☐	☐

wenn ja, welche:

Sonstige Erkrankungen:

Infektionskrankheiten:

HIV	☐	☐
Hepatitis	☐	☐
Tuberkulose	☐	☐

Sonstige:

Nehmen Sie Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche:

☐ Herzmedikamente:

☐ Cortison:

☐ Schmerzmittel:

☐ Antidepressiva:

☐ Blutverdünnende Medikamente
(z.B. ASS, Marcumar, Heparin, Xarelto):

Medikamentenunverträglichkeit (z.B. Penicillin) ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche:

Sonstige:

Rauchen Sie?

☐ ja ☐ nein

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche Woche:

MUNDGESUNDHEITSSITUATION

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

☐ Vorsorgeuntersuchung

☐ Beratung

☐ Schmerzbehandlung

☐ Neuer Zahnersatz

☐ Überweisung Zahnarzt

☐ Zweite Meinung

☐ Sonstiges:

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?

☐ ja ☐ nein

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?

☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?

☐ ja ☐ nein

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig viertel-/halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

☐ ja ☐ nein

Wir bitten Sie, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift