



smart teeth

weil Sie es wert sind

Herzlich Willkommen!

### Allgemeine Informationen

Patient: Name	Vorname	Geburtsdatum / Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon Privat
Fax	Handy	E-Mail
Versicherter: Name	Vorname	Geburtsdatum / Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon / Fax
<input type="checkbox"/> Kasse	Krankenkasse / Krankenversicherung	Zusatzversicherung (bei gesetzl. Versicherten)
<input type="checkbox"/> Privat		
Beruf	Arbeitgeber	Telefon / Fax

### Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

<input type="checkbox"/> Freunde, wer?: _____	<input type="checkbox"/> Überweisung durch: _____	
<input type="checkbox"/> Vortrag	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

### Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans?

Ja  Nein

### Wünschen Sie nur die Behandlung der aktuellen Beschwerden?

Ja  Nein

### Wie wichtig ist Ihnen Ästhetik?

sehr wichtig  wichtig  nicht so wichtig  nicht wichtig

### Meine Zähne gefallen mir!

Ja  Nein

## Welche Probleme haben Sie?

## Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- Implantate       Keramikfüllungen       Ästhetische Zahnheilkunde / Veneere       Bleaching
- Behandlung mit Lachgas / in Vollnarkose       Behandlung bei Kiefergelenksproblemen (Knirschen, Pressen)
- Karies- und Parodontoseprophylaxe       Parodontosebehandlung       Amalgamsanierung

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?

- |                                     |   |  |   |
|-------------------------------------|---|--|---|
| Kopf- oder Nackenschmerzen          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | AIDS                                   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Hoher oder niedriger Blutdruck      | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wurde bei Ihnen ein AIDS Test gemacht? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Werte: _____                        |   | Asthma, Atemnot                        | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Blutgerinnungsstörungen             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Atemnot oder Brustschmerzen?           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Metallgeschmack                     | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Diabetes mellitus / Zuckerkrankheit    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Drogenkonsum                           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Allergien?                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Epilepsie                              | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? _____              |   | Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankung  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Bestehen andere Erkrankungen?       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Grüner Star (Glaukom)                  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? _____              |   | Herpes                                 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Herz-Kreislauf-Erkrankungen            | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? _____              |   | Heuschnupfen                           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind jemals Probleme bei ärztlichen |   | HIV +                                  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Behandlungen aufgetreten?           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Mundgeruch                             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? _____              |   | Rheuma                                 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Bevorzugen Sie Homöopathie?         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Schilddrüsenerkrankung                 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|                                     |   | Schwangerschaft                        | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|                                     |   | Stoffwechselerkrankungen               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|                                     |   | Tuberkulose                            | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|                                     |   | Zahnfleischbluten                      | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

- Sie sind verpflichtet, uns auch in Zukunft über Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer persönlichen Daten, Ihrer Versicherung, Vorliegen einer Schwangerschaft, etc. unaufgefordert zu informieren.
- Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.
- Bei Nichteinhaltung von Terminen ohne vorherige Absage kann der entstandene Honorarverlust in Rechnung gestellt werden (§§ 304, 615 BGB).
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten an einen möglichen Praxismachfolger weitergegeben werden.
- Ich bin damit einverstanden, über anstehende Behandlungen, Untersuchungen oder Termine per Telefon, Mail oder Post informiert zu werden.

Köln, den

Unterschrift