

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Email: _____ Krankenkasse: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen vorhanden?

- | | | |
|--------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzschwäche | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Unregelmäßiger Herzschlag | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Erhöhter Blutdruck | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Zu niedriger Blutdruck | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Blutarmut (Anämie) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Blutungsneigung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Asthma/chronische Bronchitis | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose/Knochenschwund | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Leberkrankheiten | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis/Gelbsucht | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie HIV-positiv? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, an welchen? _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? _____

Datum

Unterschrift

Bitte wenden ----->

Weitere zusätzliche Fragen, um gezielter auf Ihre Behandlungswünsche eingehen zu können:

Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnfarbe? ja nein

Wünschen Sie eine Aufhellung der Zähne? ja nein

Haben Sie Zahnfleischbluten beobachtet? ja nein

Haben Sie morgens Kopf/-Nackenschmerzen? ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Schnarchen Sie? ja nein

Haben Sie festgestellt, dass Sie einen schlechten Atem haben? ja nein

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja nein

Kennen Sie die Vorteile einer Professionellen Zahnreinigung? ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Sonstige Wünsche? _____