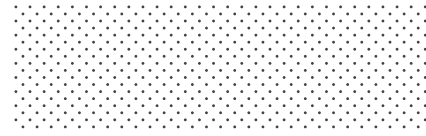




Zahnarztpraxis
Borgmann.



Zu Ihrer Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Wohnort

E-Mail Privat

Telefon

Mobil

Beruf

Arbeitgeber

Hausarzt

Wie sind Sie krankenversichert?

Gesetzlich

Privat

Zahnzusatzversicherung

Name Krankenversicherung

Zu Ihrer letzten Behandlung

Von welchem Zahnarzt wurden Sie zuletzt betreut? _____

Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen im Kopfbereich aufgenommen? _____

Wie haben Sie uns gefunden?

Persönliche Empfehlung

Internet

Facebook

Sonstiges _____

Zu Ihrer Gesundheit

Allgemeine Krankheiten:

Ja Nein

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Blutgerinnungsstörung

Schlaganfall

Diabetes

Asthma

Herzerkrankungen

> wenn ja, welche:

Schilddrüsenerkr.

Rheuma

Allergien

wenn ja, welche:

Sonstige Erkrankungen:

Infektionskrankheiten:

Ja Nein

HIV

Hepatitis

Sonstige:

Rauchen Sie?

> wenn ja,

wie viel?

FÜR PATIENTINNEN:

Ja Nein

Nehmen Sie die Pille?

Sind Sie schwanger?

> wenn ja, welche Woche:

Nehmen Sie Medikamente?

> wenn ja, welche?

Welches Anliegen führt Sie zu uns?

CAD/CAM-Keramik

Zahnerhaltung

Implantologie

Vorsorgeuntersuchung

Professionelle Prophylaxe

zweite Meinung

Zahnersatz

Ja Nein

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blut beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack?

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

Wurden Ihre Zähne bisher mindestens halbjährlich professionell gereinigt?

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie an Ihre Vorsorge zu erinnern?

Benachrichtigung per:

SMS

E-Mail

Brief

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt