

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis und vielen Dank für Ihr Vertrauen! Um Sie angemessen und sicher behandeln zu können, bitten wir Sie, uns einige Fragen zu beantworten. Sollte sich im Laufe der Zeit etwas an Ihren Angaben ändern, z.B. Ihre Telefonnummer oder Anschrift, so informieren Sie uns bitte möglichst schnell.

**Artur Zaroban MSc**  
**Olga Gorstein**  
**Günter Spichale**  
**Zahnärzte**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_

Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Beihilfeberechtigt

Hauptversicherter (bei Familienversicherten) \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung, falls vorhanden: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung von (bitte Vorname und Nachname): \_\_\_\_\_

Telefonbuch/Gelbe Seiten  Internet  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie an, falls folgende Erkrankungen oder Umstände bei Ihnen vorliegen:

Asthma  Diabetes  Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis)

Anfallserkrankungen  Herzerkrankung  Kreislauferkrankungen

Blutgerinnungsstörung  Rheuma  Allergien, welche: \_\_\_\_\_

Herzschrittmacher  künstliche Gelenke  Magen-Darm-Erkrankungen

sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Wurden von Ihnen im letzten Jahr beim Zahnarzt Röntgenaufnahmen angefertigt?  ja  nein

Für Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?  ja  nein

Rauchen Sie regelmäßig? Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_  ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten?  ja  nein

Stört Sie etwas am Aussehen Ihrer Zähne (z. B. Zahnfarbe oder Zahnstellung)?  ja  nein

Sind Sie schon über Prophylaxe/professionelle Zahnreinigung informiert worden?  ja  nein

Möchten Sie an Ihre Kontrolluntersuchung (2x jährlich) erinnert werden?  ja  nein

Welche Hilfsmittel verwenden Sie zur häuslichen Zahnpflege?

Zahnbürste  weich  mittel  hart  Mundspüllösungen  Zahnseide

Elektrische Zahnbürste  Zahnzwischenraumbürsten  Zahnhölzer

Haben Sie spezielle Fragen, Wünsche oder Anliegen? \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGb) sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Datum  Unterschrift

