



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen, ist unser höchstes Ziel. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen wir Ihre Mitarbeit. Bitte füllen Sie diesen Beratungsbogen aus, da die zahnärztliche Behandlung Auswirkungen auf unterschiedlichste Krankheiten haben können. Ihre Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, sie werden unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen elektronisch gespeichert.

Name, Vorname (Patient) _____ geb. am _____

Telefon _____ Mobil _____ E-Mail _____

Name, Vorname, geb. Datum _____ Adresse _____
(Versicherter) _____

Was ist der Grund Ihres Besuches? (z.B. Schmerzen, Zahnfleischbluten, etc.)

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

_____ Behandelnder Arzt _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

wenn ja, welche _____

Leiden Sie an einer der unten aufgeführten Krankheiten?

Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ansteckende Krankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aids / Hepatitis / TBC	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Psycho- / somatische Krankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Krämpfe / Anfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind oder waren Sie drogenabhängig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Allergien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Medikamentenunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sind oder waren Sie alkoholabhängig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

wenn ja, welche _____

sonstige Erkrankungen _____

Für weibl. Patienten: Sind Sie schwanger ja nein Monat/Woche _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein: _____

Wünschen Sie eine Betäubung beim Bohren ja nein

Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden? ja nein Dürfen wir Sie auch anrufen? ja nein

Interessieren Sie sich für die Zukunft Ihrer Zähne? ja nein

Interessieren Sie sich für die Möglichkeiten zum langfristigen Erhalt Ihrer Zähne? ja nein

Ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne wichtig? ja nein

Wünschen Sie eine gezielte Beratung?

<input type="checkbox"/> Karies- und Parodontosevorsorge Kinder/Erwachsene	<input type="checkbox"/> Zahnfarbaufhellungen
<input type="checkbox"/> Zukunft meiner Zähne	<input type="checkbox"/> Implantate
<input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/> Gold- bzw. Keramikinlays / Verblendschalen
<input type="checkbox"/> Amalgamaustausch und Alternativmaterialien	<input type="checkbox"/> computergefertigten Füllungen aus Keramik
<input type="checkbox"/> Carisolv	<input type="checkbox"/> sonstigem

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen? ja nein von wem? _____

Datum: _____ Unterschrift _____