

# Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Dipl. Stom. T. Ratzmann

Bevor wir uns in Ruhe Ihrer zahnmedizinischen Situation zuwenden und uns über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine individuelle und sichere Behandlung. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Eventuelle künftige Änderungen bitten wir Sie, uns umgehend mitzuteilen. Sollten Sie Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Nr.: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

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

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

Tel. dienstl. : \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert:

beihilfeberechtigt:

privat versichert:

Standardtarif (Basistarif):

## Wie haben Sie uns gefunden?

Empfehlung:  gelbe Seiten:  Telefonbuch:  Internet:

Empfehlung durch: \_\_\_\_\_ Sonstige:

Ihr Hauptanliegen: \_\_\_\_\_

Aus welchen Gründen haben Sie sich für unsere Praxis entschieden?

Hatten Sie schon eine oder mehrere Prophylaxebehandlungen? \_\_\_\_\_  
(professionelle Zahnreinigung)

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne unzufrieden?  Knirschen Sie mit den Zähnen?

Möchten Sie weißere Zähne haben?  Haben Sie Kiefergelenkprobleme?

Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?  Haben Sie Kopf- Nackenschmerzen?

Haben Sie schmerzempfindliche Zähne?  Leiden Sie unter Mundtrockenheit?

Sonstiges? \_\_\_\_\_

## Möchten Sie Informationen über:

Mit meinen Zähnen besser aussehen  Amalgam- Entfernung

Verbesserung der Mundfrische  Implantate

Zahnfarbene Füllungen  Materialverträglichkeiten

Kariesvermeidung  Die eigenen Zähne ein Leben lang

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

**Allgemeine medizinische Befunderhebung - trifft Folgendes auf Sie zu?**

- |  |                          |  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Herzerkrankungen                       | <input type="checkbox"/> | Immunschwäche (HIV +)                          | <input type="checkbox"/> |
| Kreislaufkrankungen                    | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankungen (Gelbsucht, Hepatitis A,B,C) | <input type="checkbox"/> |
| Bluter (künstl. Falithrom, Macumar...) | <input type="checkbox"/> | TBC (Tuberkulose)                              | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher                      | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankung                         | <input type="checkbox"/> |
| Apoplexie (Schlaganfall)               | <input type="checkbox"/> | Rheuma   | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes                               | <input type="checkbox"/> | Asthma   | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose                            | <input type="checkbox"/> | Raucher  | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie                              | <input type="checkbox"/> | Schwangerschaft (___ Monat)                    | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Allergien?                   | <input type="checkbox"/> |  |                          |

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

Nehmen Sie z. Zt. Medikamente?

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Ich bin damit einverstanden, im Recall an meine regelmäßigen Vorsorgetermine erinnert zu werden

per SMS  und / oder E-mail

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_