



Liebe Patientin! Lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Daher bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können.

Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Dres. Nina Ewig & Nadia Mönch

Ihre persönlichen Daten

Nachname / Vorname

Straße / Nr.

Telefon privat

E-Mail

Haben Sie einen Vormund? Ja Nein Name:

weiblich männlich divers

Geburtsdatum & Geburtsort

PLZ / Ort

Telefon mobil

Beruf

Unser Erinnerungs-Service für Sie

Termin-Erinnerung per → E-Mail Brief

Zahnärztl. Kontrolluntersuchung alle → 3 Monate 6 Monate 12 Monate

Professionelle Zahnreinigung alle → 3 Monate 6 Monate 12 Monate

Besteht ein Bonusheft? → 70% - 5 Jahre 75% - 10 Jahre Härtefall

Haben Sie eine Pflegestufe? → Nein Pflegegrad:

Versicherung

Krankenkasse

gesetzlich versichert Zusatzversicherung privat versichert beihilfeberechtigt

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Nachname / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Die Rechnung geht an: den Patienten den Versicherten

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name

PLZ / Ort

Telefonnummer

Ihr Anliegen liegt uns am Herzen

Besondere Beratungs-Wünsche:

Routinekontrolle Zahnersatz Zahnersatz auf Implantaten

Beratung Amalgamalternativen Ästhetische Zahnheilkunde

„Zweite Meinung“ Implantologie Zahnneknirschen / Kiefergelenksbeschwerden

Schmerzbehandlung Parodontitis-Behandlung Sportmundschutz

Prof. Zahnreinigung Individualprophylaxe Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Wurzelkanalbehandlung Bleaching (Zahnaufhellung) Internet Anzeige Jameda Homepage

Angstpatientenbehandlung Mundgeruch (Halitosis) Sonstiges Persönliche Empfehlung Überweisender Arzt

Sonstiges



Ihr Gesundheits-Zustand

- Herzerkrankungen (Herzschrittmacher)
Wenn ja, welche:
- Blutdruck zu hoch zu niedrig
 Herzklappenersatz
 Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?
 Blutgerinnungsstörung
 Schilddrüsenerkrankung
 Diabetes (Typ I oder II)
 Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)
 Nierenfunktionsstörungen
 Ohnmachtsneigung
 Infektiöse Erkrankungen (HIV, AIDS, Hepatitis, Tuberkulose)
Wenn ja, welche:
- Epilepsie
 Tumorerkrankungen
 Magen-Darm-Erkrankungen
 Allergien / Unverträglichkeiten
Wenn ja, welche:
- Besitzen Sie einen Allergiepass?
 Rheuma
 Lebererkrankungen
 Krebserkrankungen
 Osteoporose
 Bisphosphonattherapie
 Grüner Star
 Ohrensausen / Tinnitus
 Operationen im Mund- / Kiefer- / Gesichtsbereich
Wenn ja, welche:
- Wiegen Sie mehr als 130 Kg ? Ja Nein
Sind Sie an COVID-19 (Corona)erkrankt ? Ja Nein

- Sind Sie Raucher ?
Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag:
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol ?
Wenn ja, wieviel:
- Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger ?
Wenn ja, in welcher Woche:
- Stillen Sie?

Medikamente

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche:
- Besteht bei Ihnen eine Unverträglichkeit gegen Medikamente? Wenn ja, gegen welche:
- Oder besteht eine Unverträglichkeit gegen Spritzen?

Mundgesundheit

- Wann wurden Sie das letzte Mal im Mund-, Zahn- oder Kieferbereich geröntgt?
- Knirschen oder reiben Sie mit den Zähnen?
 Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten?
- Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

Was sollten wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch verarbeitet und gespeichert.
Sie unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.
Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Angaben!
Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24. Stunden vorher bei uns abzusagen.

Ihre Zahnärztinnen · Dr. Nina Ewig & Dr. Nadia Mönch