



Herzlich willkommen in unserer Praxis,

wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen möchten. Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Zahngesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen, ist nun unser gemeinsames Ziel. Um eine möglichst risikofreie und ganzheitlich ausgerichtete Behandlung durchführen zu können, ist es für uns sehr wichtig über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand Auskunft zu erhalten. Bitte beantworten Sie deshalb die nachfolgenden Fragen möglichst genau !

Patient (Name, Vorname) _____ Geb. Datum _____

Hauptversicherter _____ Geb. Datum _____

Strasse _____ Postleitzahl, Ort _____

Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____

Arbeitgeber _____ Beruf _____

Hausarzt _____ Krankenkasse _____ freiwillig versichert ja / nein _____

Wer hat uns empfohlen _____ Beihilfe _____ ja / nein _____

Weswegen kommen Sie in Behandlung? ja _____ ja/nein _____

Haben Sie Zahnschmerzen _____ /nein sind Ihre Zähne gelockert _____ 0 0

Blutet Ihr Zahnfleisch _____ zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück _____ 0 0

Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden _____ Stoffwechselerkrankung

Herz-und Kreislaufferkrankungen _____ Diabetes _____ 0 0

zu hoher Blutdruck _____ Schilddrüsenerkrankung _____ 0 0

zu niedriger Blutdruck _____ Magen-Darmerkrankung _____ 0 0

Herzklappenfehler / Herzklappenersatz _____

Herzschriltmacher _____ Sonstige Erkrankungen

Herzinnenhautentzündung (Endocarditis) _____ Anfallsleiden (Epilepsie) _____ 0 0

_____ Asthma / Lungenerkrankung _____ 0 0

_____ Blutgerinnungsstörungen _____ 0 0

Infektionskrankheiten _____ Migräne _____ 0 0

Hepatitis (Gelbsucht) wann _____ Nierenerkrankungen _____ 0 0

Tuberkulose, wann _____ Rheumaerkrankungen _____ 0 0

HIV _____ aktuelle Erkrankungen oder gesundheitliche Risiken _____ 0 0

Creuzfeld-Jakob-Krankheit _____

Sonstiges _____

Allergien / Unverträglichkeiten _____ Schwangerschaft welche Woche _____

Betäubungsspritzen _____

Antibiotika _____ wann wurden sie zuletzt beim Zahnarzt geröntgt _____

Schmerzmittel,welche _____

Metalle, welche _____

Sonstige _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ? _____

BITTE WENDEN!!

**Zahnarzt
Frithjof Schaper
Ganzheitliche Zahnheilkunde**

Als besonderen Service, für unsere Patienten, erinnern wir Sie gerne an die halbjährlichen Vorsorgeuntersuchungen. Die Krankenkasse belohnt Ihre Mitarbeit zur Gesunderhaltung Ihrer Zähne mit einem Bonussystem bei der Anfertigung von Zahnersatz.

Falls Sie diesen Service nutzen möchten, wenden Sie sich bitte an unser Team. - Danke -

	Ja	/ nein
Möchten Sie an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden?	0	0

Wenn Sie Interesse an der konsequenten Vermeidung von Zahnerkrankungen und den daraus resultierenden Folgebeschwerden haben, dann beantworten Sie bitte noch die nachfolgenden 9 Fragen.

	Ja	/ nein
1) Leiden Sie unter Mundgeruch ?	0	0
2) Reagieren Ihre Zähne empfindlich auf Temperatur ?	0	0
3) Tragen Sie Zahnersatz ?	0	0
Wenn ja, wie lange schon		
4) Knackt Ihr Kiefergelenk beim Gähnen oder Kauen ?	0	0
5) Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen ?	0	0
6) Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden ?	0	0
7) Halten Sie es für nützlich, wenn wir Sie über unser Programm zur Karies- und Parodontosevorsorge informieren ?	0	0
8) Haben Sie Interesse an einer naturheilkundlich orientierten Behandlung ?	0	0
9) Zahnmedizinische Aspekte über die Sie gerne aufgeklärt / beraten werden möchten, wie z.B.		

Vielen Dank für Ihre Mithilfe !

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, die während der Behandlungszeit auftreten möglichst umgehend mit.

Die Angaben unterliegen der strengen ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

....., den

Unterschrift.....