

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass für Sie kaum Wartezeiten entstehen und wir Ihnen in der reservierten Zeit vollauf zur Verfügung stehen. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung können Sie diesen Fragebogen vorab vollständig auszufüllen. Dies verkürzt die Wartezeit und gibt dem Zahnarzt alle ersten wichtigen Informationen. Bei Unklarheiten können Sie unsere Hilfe in Anspruch nehmen. *Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen bitten wir uns umgehend mitzuteilen.*

Dr. med. dent.

Thomas Schweisgut

Zahnarztpraxis



Danke! Ihr Praxisteam Dr. med. dent. Thomas Schweisgut

Name Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

PLZ/Wohnort Straße

Beruf Arbeitgeber

Tel. privat Tel. berufl.

E-Mail Tel. mobil

Krankenversicherung beihilfeberechtigt

Ihr Hauptanliegen:

Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung?

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?

Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen?

Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?

Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?

Haben Sie Kopf-oder Nackenschmerzen?

Sonstiges?

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- Kariesvermeidung
- Parodontalbehandlung
- Amalgamentfernung
- Halitosis (Mundgeruch)
- Speicheldiagnostik
- Aufhellung Ihrer Zähne
- kosmetische Korrekturen
- zahnfarbene Keramikfüllungen
- hochwertigen Zahnersatz
- Implantate
- Laserbehandlung
- Kiefergelenkbehandlung

Medizinische Befunderhebung – Haben oder hatten Sie...

- Herzerkrankungen
- Kreislauferkrankungen
- Herzschrittmacher
- Immunschwäche, HIV+
- Creutzfeld–Jakob-Krankheit
- Rheuma
- Lebererkrankungen
- Blutgerinnungsstörungen
- Diabetes
- Asthma
- ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente
- Allergien
- Besteht eine Schwangerschaft?
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ihr Hausarzt:

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 48 Stunden vorher absagen.

.....
Datum

.....
Unterschrift