



ZAHNÄRZTE

Dres. med. dent.

Ivo Diercks
Bertram Bauersachs

Willkommen in unserer Praxis

Für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir einige persönlichen Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus. Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen zu Ihren Angaben ergeben, informieren Sie uns bitte. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient Herr / Frau	Name, Vorname	Geburtsdatum
Mitglied / Versicherter	Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Straße/Nr.	
	PLZ	Ort
Kontakt	E-Mail	
	Telefon	
	Mobil	
Beruf	Arbeitgeber	
Krankenkasse		



ZAHNÄRZTE

Dres. med. dent.

Ivo Diercks
Bertram Bauersachs

Allgemeine Gesundheitsfragen	ja	nein	Spez. zahnärztliche Fragen	ja	nein
Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS, Xarelto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gelockerte Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, TBC, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geräusche im Kiefergelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufbiss- oder Knirscherschiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopf- oder Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Letztes zahnärztliches Röntgenbild		
Wenn ja, welche?			Vor _____ Monaten/Jahren		

Zu guter letzt...

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Sind Sie mit der Stellung/Farbe/Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem "Lächeln" zufrieden?

Waren Sie schon einmal bei einer professionellen Zahnreinigung?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Um Ihre Wartezeiten so kurz wie möglich zu halten und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten oder aber bis spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Datum _____

Unterschrift _____