

HERZLICH WILLKOMMEN IM ZAHNZENTRUM PAPERT

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren persönlichen Daten auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Meine persönlichen Angaben

Vorname _____ Telefon _____
Nachname _____ Mobilnr. _____
Anschrift _____ Tel. gesch. _____
_____ Email _____
Geb. Datum _____ Beruf _____

Ich bin gesetzlich versichert

- Pflichtversichert
- Freiwillig versichert
- private Zusatzversicherung
- Kostenerstattung

Krankenkasse _____

Ich bin privat versichert

- Standardtarif
- Studentisch versichert
- Beihilfeberechtigt

Krankenkasse _____

Versicherungsdaten

(nur ausfüllen, wenn diese von den persönlichen Angaben abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten

Versicherter _____

Geb. Datum _____

Anschrift _____

Arbeitgeber

Firmenname _____

Anschrift _____

Telefon _____

Ansprechpartner _____

Bitte erinnern Sie mich alle 6 Monate kostenlos und unverbindlich an meine Vorsorge- und Prophylaxetermine per

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da mir ansonsten durch mein Fernbleiben entstandene Kosten in Rechnung gestellt werden.

SMS Email Postkarte

Mein persönlicher Gesundheitscheck

(bitte zutreffendes ankreuzen)

- Herzerkrankung
- Herzschrittmacher
- Künstl. Herzklappen
- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Ohnmachtsneigung
- Gerinnungshemmer
- Blutungsneigung
- Bluterkrankung
- Rheuma
- Diabetes
- Schilddrüsenerkrankung
- Lebererkrankung
- Hepatitis
- Magen- / Darmerkrankung
- Nierenerkrankung
- Lungenerkrankung
- Asthma
- Nasennebenhöhlenerkrankung
- Epilepsie
- Augenerkrankungen
 - grauer Star grüner Star
- HIV - Aids
- Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?

Allergien

Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente:

Ich reagiere auf folgende Medikamente allergisch:

Ich bin Raucher und rauche täglich

Für unsere weiblichen Patienten:

Ich bin

- schwanger nicht schwanger

in der _____ Schwangerschaftswoche

Grund meines Besuches

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnfleischbluten
- Migräne-/ Kopf-/ Nackenschmerzen
- Kiefergelenkbeschwerden
- Zähneknirschen
- Mundgeruch
-

Was können wir bei Ihrer nächsten Behandlung berücksichtigen?

- Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen
- starke Schmerzempfindlichkeit

Was haben Sie bei Ihrem letzten Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Mein persönlicher Beratungswunsch gilt folgenden Leistungen:

- Professionelle Zahnreinigung
- Weiße Zähne (Bleaching)
- Zahnästhetik (hochwertiger Zahnersatz)
- Zahnfarbene Keramikfüllungen
- Füllungsmaterialien
- Amalgam Sanierung / Quecksilberausleitung
- Implantate / Implantatversorgung
- Zahnversiegelung für Erwachsene
- Beratung und Tipps zur Zahnpflege für Kinder
- Zahnreinigung für Kinder
- Beratung zur Zahnpflege in der Schwangerschaft
- Professionelle Hygieneberatung und Reinigung für „Die Dritten“
- Zahnschmuck
- Beratung gegen Mundgeruch
- Sonstiges

Was ich sonst noch gerne sagen möchte:

Datum _____

Unterschrift _____