

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen, ist unser höchstes Ziel. Um dieses Ziel zu Ihrer Zufriedenheit zu erreichen, benötigen wir Ihre Mitarbeit.

Bitte füllen Sie diesen Beratungsbogen aus, damit wir eine, auf Sie persönlich abgestimmte, individuelle Behandlung durchführen können.

Name, Vorname Patient/in

Geburtsdatum

Name, Vorname Versicherte/r

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon privat

dienstlich

Beruf (freiwillige Angabe): _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Gelbe Seiten

Internet

Praxisschild

Empfehlung, wenn ja, von wem? _____

Stört Sie zurzeit irgendetwas in Ihrem Mund?

ja nein

Haben Sie Zahnfleischbluten?

oft ja nein

„Knackt“ Ihr Kiefergelenk?

oft ja nein

Ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne wichtig?

ja nein

Schnarchen Sie?

ja nein

Leiden Sie unter Einschlaf- oder Durchschlafstörungen?

ja nein

Wünschen Sie eine gezielte Beratung?

Über **Karies- und Parodontosevorsorge für Erwachsene**

ja nein

- Professionelle Zahnreinigung, u. a. schonende Entfernung der Zahnbeläge
- Entfernung von Tee/Kaffee/Nikotinbelägen mittels Pulverstrahlgerät (Airflow)

Über **Amalgamaustausch und Alternativmaterialien**

ja nein

- Kunststoff-, Gold-, Keramikfüllungen

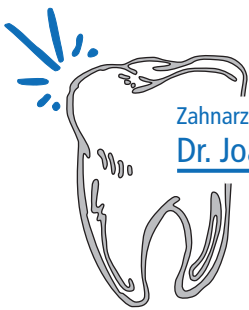
Über **Kariesvorsorge bei Kindern**

ja nein

- Versiegelung der Zähne, Motivation zum Zähneputzen, Speicheltests

Über **Implantate, d. h. über festsitzenden Zahnersatz trotz Zahnverlust**

ja nein



Ihr Hausarzt/Ärztin: _____ Tel.: _____

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Behandelnder Arzt/Ärztin ist: _____

Liegen oder lagen folgende Erkrankungen vor: ja nein

a) Herz (z. B. Infarkt, Klappenfehler) ja nein

b) Blutdruck/Kreislauf ja nein

c) Blutgerinnung/Gefäßerkrankungen ja nein

d) Lunge/Atemwege (z. B. Asthma) ja nein

e) Leber (z. B. Hepatitis) ja nein

f) Niere/Blase ja nein

g) Knochen/Gelenke (z. B. Rheuma) ja nein

h) Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes) ja nein

i) Augenerkrankungen ja nein

j) Allergien ja nein

Wenn ja, wogegen: _____

k) Infektionserkrankungen (Tuberkulose, HIV, ...) ja nein

l) einer anderen, hier nicht aufgeführten Erkrankung? ja nein

Wenn ja, wogegen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z. B. Bisphosphonate)? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Rauchen Sie? ja nein *wieviel:* _____

Haben Sie Angst vor Spritzen? ja nein

Haben Sie Angst vor dem Zahnarztbesuch? ja nein

Für Frauen: Sind Sie schwanger? ja nein

**Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

Ort, Datum

Unterschrift