

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen.

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Straße und Hausnummer	Geburtsdatum
_____	_____
Wohnort	Beruf
_____	_____
Telefon privat	Telefon beruflich
_____	_____
Arbeitgeber	Email@
_____	_____
Name und Vorname Versicherter	Geburtsdatum Versicherter

Bonusheft vorhanden

IHR HAUPTANLIEGEN:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Knackt oder schmerzt Ihr Kiefergelenk beim kauen oder gähnen? | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden? | <input type="checkbox"/> Auf wessen Empfehlung kommen Sie?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Leiden Sie an Zahnfleischbluten? | |

WÜNSCHEN SIE BESONDERE BERATUNG ÜBER:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe/Mundhygiene | <input type="checkbox"/> Applied Kinesiology |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkbehandlung | <input type="checkbox"/> Implantate |
| <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Keramikfüllungen | <input type="checkbox"/> Bleaching |
| <input type="checkbox"/> Moderne Wurzelbehandlung | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

MEDIZINISCHE BEFUNDERHEBUNG: HABEN SIE ODER HATTEN SIE FOLGENDE KRANKHEITEN?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Medikamentenunverträglichkeit (siehe unten) |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (siehe unten) |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft _____ Woche |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Blutverdünner (Marcumar) |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (Aids) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ I / II | <input type="checkbox"/> Ich nehme Medikamente (Siehe unten) |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Allergien (siehe unten) | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Bitte beachten Sie: Vereinbarte Termine, die nicht eingehalten werden, werden Ihnen als Ausfallzeit in Rechnung gestellt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____