

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen.

Bei evtl. Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht; eventuelle Änderungen, vor allem gesundheitliche, bitten wir Sie uns umgehend mitzuteilen.

Zahnarztpraxis Dr. Stefan Schmid  
 Rellinghauser Straße 304 45136 Essen  
 Telefon 0201.25794 Fax 0201.252784  
 www.diadentis.de info@diadentis.de

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Telefon priv. \_\_\_\_\_ beruflich \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Freiwillig versichert  Beihilfe berechtigt  private Zusatzversicherung

Versicherter \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Ist Ihr jährlicher Versicherungsschutz auf einen bestimmten Eurobetrag begrenzt (Höhenbegrenzung)?  
 Wenn ja, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum: \_\_\_\_\_

**Ihr Hauptanliegen:** \_\_\_\_\_

Kommen Sie auf Empfehlung? wenn ja, von \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Röntgenaufnahme? \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Kopf- oder Nackenschmerzen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		

**Medizinische Befunderhebung:**

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

Herzerkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Rheuma	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Immunschwäche (HIV+)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Künstlicher Bluter (Marcumar)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Besteht eine eingeschränkte Nierenfunktion?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Kreislaufkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Diabetes (Zucker)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Asthma	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<b>Für Frauen:</b> Besteht eine Schwangerschaft?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen (Gelbsucht)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, in welchem Monat?	_____

Allergien ja  nein  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Medikamente ja  nein  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_ Ort, Datum \_\_\_\_\_

Nur Terminänderungen bis spätestens 48 Stunden vor dem Termin sind kostenfrei.