

Lieber Patient,

bitte füllen Sie vor der Behandlung diesen Fragebogen aus und geben Sie ihn an der Anmeldung ab!



Zahnarztpraxis

Ihr Zahnarzt-Team
Dr. med. dent. U. H. Flamme

ästhetisch
komfortabel
kostenbewusst

Dr. med. dent.
U. H. Flamme

Patient:

Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ, Ort Telefon/Telefax

Versicherter:

Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ, Ort Telefon/Telefax

Beruf: Arbeitgeber: Telefon/Telefax

Krankenkasse/Krankenversicherung: _____

Sind Sie freiwillig versichert? Ja Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Leiden Sie an: Herz-/Kreislaufproblemen? Ja Nein

Ohnmachtsneigung? Ja Nein

Infektionskrankheiten?
(Hepatitis, Tbc, HIV, etc.) Ja Nein

Blutkrankheiten/Blutungsneigung? Ja Nein

Allergien/Heuschnupfen? Ja Nein

Stoffwechselstörungen?
(Diabetes, Schilddrüsen-, Nierenfunktionsstörung) Ja Nein

Rheuma? Ja Nein

sonstigen Erkrankungen?: _____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ? Ja Nein

Wenn ja, welche?: _____

Befanden Sie sich in den letzten Jahren
in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus ? Ja Nein

Sind Sie in den letzten 12 Monaten
im Kopf-/Gesichtsbereich geröntgt worden ? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft ? Ja Nein

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? vor/am: _____

Ist ein Bonusheft vorhanden ? Ja Nein

Wer ist Ihr Hausarzt?: _____

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?: _____

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Professionelle Zahnreinigung (PZR) ? Ja Nein

Parodontosebehandlung ? Ja Nein

Amalgamentfernung/Quecksilberentgiftung ? Ja Nein

Zahnfarbene Füllungen ? Ja Nein

ästhetische Maßnahmen wie:
Zahnaufhellungen/Form- und Stellungskorrekturen Ja Nein

Zahnersatz ? Ja Nein

Kiefergelenksbehandlung/Schnarchtherapie ? Ja Nein

Laserbehandlung ? Ja Nein

Implantate ? Ja Nein

Angstbehandlung mittels „Lachgas“ ? Ja Nein

Sonstiges: _____

Möchten Sie nach Abschluss Ihrer Behandlung
von uns an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden ? Ja Nein

Datum

Unterschrift

**Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und gegebenenfalls elektronisch gespeichert.
Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des
Datenschutzes. Wir bitten um vollständige und wahrheitsgemäße Angaben.**