

Liebe Patientin, lieber Patient,  
herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Wir freuen uns, Sie bei uns begrüßen zu dürfen. Um eine schnelle und reibungslose Behandlung gewährleisten zu können, bitten wir Sie, vorab die folgenden Fragen zu beantworten. Bei Rückfragen sprechen Sie uns gerne an.

Herr  Frau

---

Name, Vorname des Patienten Geburtsdatum

Herr  Frau

---

Name, Vorname des Versicherten Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer Wohnort PLZ

---

Telefon Mobil E-Mail Adresse

---

Beruf behandelnder Zahnarzt

Wie sind Sie versichert?

Pflicht  Freiwillig  Beihilfe  Privat

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Liegt eine Allgemeinerkrankung vor?  Ja  Nein

*(Herz-Kreislauf-/Stoffwechselerkrankung, Blutgerinnungsstörung, Infektionskrankheiten wie bspw. TBC, Hepatitis, HIV (Aids))*

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Allergien?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen oder Beschwerden im Hals (Rachen), Kopf-, Nacken- oder Ohrbereich?  Ja  Nein

Liegt ein Kiefergelenkknacken vor?  Ja  Nein

Sind ein Zahn oder mehrere Zähne schmerzhaft oder empfindlich?  Ja  Nein

Sind Kauen oder Mundöffnung eingeschränkt?  Ja  Nein

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?  Ja  Nein

Erlitten Sie einen Unfall oder Schlag im Kopfbereich?  Ja  Nein

Waren/Sind Sie in Behandlung beim Arzt / Zahnarzt / Facharzt?  Ja  Nein

Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?  Ja  Nein

Wurden bereits Röntgenaufnahmen bei Ihrem Zahnarzt erstellt?  Ja  Nein

*Bei weiblichen Patientinnen:* Liegt eine Schwangerschaft vor?  Ja  Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet (Google, Jameda)  Zahnarzt: \_\_\_\_\_  Empfehlung: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass ich per  SMS oder  per E-Mail an Termine erinnert werde.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_