

# DEIN DENTAL MVZ Köln GmbH ZFZ Brauweiler

von-Werth-Str. 3 - 50259 Pulheim Telefon: 02234-81818 - Telefax: 02234-89589

Patient: Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsort/-datum \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon privat \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

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

Möchten Sie eine Benachrichtigung vor einem vereinbarten Termin per:

SMS  Email

Möchten Sie eine Erinnerung für den nächsten Vorsorgetermin?

Ja  Nein

Sind Sie privat versichert? Name Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Ja  Nein

## Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

Ich habe ein Ströerposter gesehen ->  Pulheim  Königsdorf  Lövenich  Widdersdorf  Brauweiler

Ich habe den Artikel im Wochenende gelesen

Sonstiges \_\_\_\_\_

## Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten? Bitte kreuzen Sie entsprechend an

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Atemnot oder Brustschmerz | <input type="radio"/> HIV                                 |
| <input type="radio"/> Asthma/ Atemnot           | <input type="radio"/> Hepatitis B oder C                  |
| <input type="radio"/> Raucher                   | <input type="radio"/> Tuberkulose                         |
| <input type="radio"/> Diabetes/Zuckerkrankheit  | <input type="radio"/> Herzklappenfehler                   |
| <input type="radio"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="radio"/> Rheuma                              |
| <input type="radio"/> Stoffwechselerkrankungen  | <input type="radio"/> Endokarditis                        |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung    | <input type="radio"/> Osteoporose (Bisphosphonateinnahme) |

## Hatten Sie schon einmal eine Professionelle Zahnreinigung? Ja \_\_\_ / Nein \_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Haben Sie hohen oder niedrigen Blutdruck Werte: \_\_\_ / \_\_\_

Haben Sie Kopf-/ oder Nackenschmerzen?

Besteht eine Schwangerschaft? \_\_\_\_\_ Woche

Haben Sie Allergien?

Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Welche? \_\_\_\_\_

Bestehen sonstige Erkrankungen?

Welche? \_\_\_\_\_

Sind jemals Probleme bei ärztlichen/zahnärztlichen Behandlungen aufgetreten?

Welche? \_\_\_\_\_

Tragen Sie eine Aufbißschiene?

Tragen Sie Zahnersatz?

Wenn ja, wie alt ist Ihr Zahnersatz? \_\_\_\_\_

Wie wichtig ist Ihnen die Ästhetik?

sehr wichtig  wichtig  nicht so wichtig  unwichtig

Gefällt Ihnen Ihr Lächeln/ Ihre Zähne?

Wünschen Sie eine Beratung über:

- Wurzelkanalbehandlung
- Implantate
- Zahnbehandlung bei Angstpatienten
- Amalgamsanierung/- Ausleitung
- Ästhetische Zahnheilkunde
- Kiefergelenksbehandlung
- Parodontitisbehandlung
- Zahnfehlstellung / Kieferorthopädie

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse wahrheitsgemäß und teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

**Bitte sagen Sie Ihren Termin 24 Stunden vorher ab. Im Falle einer zuspäten Absage oder Nichteinhaltung Ihres Termins stellen wir Ihnen den Ausfall mit bis zu 199,- Euro je Stunde in Rechnung.**

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.