



Anmeldeformular

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 gerne. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen bitten wir Sie, uns umgehend mitzuteilen.

Name: Vorname geb.:

PLZ/Wohnort: Strasse:

Beruf: Arbeitgeber:

Telefon privat:..... Telefon beruflich: Mobile:.....

eMail: Fax: Versich.:

Ihr Hauptanliegen?

Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen? Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?
Haben Sie oft Kopf- oder Nackenschmerzen? Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne unzufrieden?

Wünschen Sie eine besondere Beratung über

- Zahnimplantate?
- Zahnersatz?
- Parodontalbehandlung (Zahnfleischbehandlung)?
- Amalgamsanierung?
- Kariesvermeidung (Putztechniken, Hilfsmittel)?

Ästhetische Zahnheilkunde:

- Zahnfarbene Glaskeramikkfüllungen?
- Glaskeramische Verblendschalen für die Frontzähne?
- Kunststoff-Füllungen?
- Zahnaufhellung?

Sonstiges:

Medizinische Befunderhebung: (Bitte zutreffendes ankreuzen)

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmarker | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Kreislauferkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung (Quickwert:%) | <input type="checkbox"/> Künstlicher Gelenkprothese |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> Rauchen Sie? |
| <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV+) | <input type="checkbox"/> SchwangerschaftMonat |

Allergien, welche?

Medikamente, welche?

Sonstiges:

Ihr Hausarzt: Telefon:

Datum: Unterschrift: