CLASSEN
ZAHNÄRZTE

Herzlich Willkommen in unserer Praxis und vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Um Sie angemessen und sicher behandeln zu können, bitten wir Sie, uns einige Fragen zu beantworten.
Sollte sich im Laufe der Zeit etwas an Ihren Angaben ändern, bitten wir Sie, uns darüber zu informieren.

Beste Qualitäts-bewertung

Name, Vorname: .....

Straße, Hausnummer: .....

Postleitzahl, Ort: .....

Geburtsdatum: ..... Beruf: .....

Telefon privat: ..... Tel. geschäftlich: .....

Fax: ..... E-Mail: .....

Arbeitgeber: .....

Krankenversicherung: ..... Beihilfeberechtigt: .....

Versicherter: ..... Geburtsdatum: .....

Zusatzversicherung, falls vorhanden: .....

Warum kommen Sie zu uns? Haben Sie spezielle Fragen, Wünsche oder Anliegen?

.....

.....

Haben Sie Probleme an Füllungen, Kronen oder Zahnersatz? ◯ ja ◯ nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme? ◯ ja ◯ nein

Stört Sie etwas am Aussehen Ihrer Zähne (z. B. Zahnfarbe oder Zahnstellung)? ◯ ja ◯ nein

Ich wünsche eine Beratung zu Zahnimplantaten. ◯ ja ◯ nein

Ist ihnen die Wichtigkeit einer regelmäßigen Professionellen Zahnreinigung (PZR) bekannt? ◯ ja ◯ nein

Bitte kreuzen Sie an, falls folgende Erkrankungen oder Umstände bei Ihnen vorliegen:

◯ Herzerkrankung ◯ Kreislauferkrankungen ◯ Blutgerinnungsstörung

◯ Asthma ◯ Diabetes ◯ Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis)

◯ Psychische Erkrankungen ◯ Anfallserkrankungen ◯ Behinderungen

◯ Allergien, welche: .....

◯ sonstige Erkrankungen: .....

Rauchen Sie regelmäßig? Wenn ja, wie viel? ..... ◯ ja ◯ nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ..... ◯ ja ◯ nein

Wenn ja, welche? .....

Für Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ..... ◯ ja ◯ nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

◯ Empfehlung von Frau / Herrn: .....

◯ Telefonbuch / Gelbe Seiten ◯ Internet ◯ Sonstiges: .....

ⓘ Möchten Sie per SMS an Ihre Termine erinnert werden?

◯ ja ◯ nein

....
Datum Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGb.) sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes nach EU-DSGVO 2018.

ZAHNÄSTHETIK
IMPLANTOLOGIE
PROPHYLAXE