

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Allergie? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Sind Sie Raucher? Ja Nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Sind Sie schwanger? Ja Nein
Wenn ja, in welchem Monat? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Auf welche Medikamente reagieren Sie empfindlich?

Grund Ihres Besuches:

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnfleischbluten
- Knirschen
- Mundgeruch
- sonstiges: _____

Durch wen wurden wir empfohlen? _____

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen? _____

Sind Sie stark schmerzempfindlich? Ja Nein

Beratungswunsch:

- professionelle Zahnreinigung
- Bleaching
- Zahnästhetik
- zahnfarbene Keramikfüllung
- Ernährungsfragen
- Implantate
- Knirscherschiene
- Parodontosebehandlung
- sonstiges: _____

Wir bitten Sie Termine die nicht eingehalten werden können rechtzeitig vorher abzusagen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben.

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigter