

DEIN DENTAL MVZ**ZfZ Köln GmbH**

Zeughausstraße 28-38 - 50667 Köln
 fon: 0221-3 555 666 - fax: 0221-3 555 667

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?

Wünschen Sie eine Beratung über:

Tragen Sie Zahnersatz?

Wurzelkanalbehandlung

Wenn ja, wie alt ist Ihr Zahnersatz? _____

Implantate

Wie wichtig ist Ihnen die Ästhetik?

Zahnbehandlung bei Angstpatienten

sehr wichtig wichtig nicht so wichtig unwichtig

Amalgamsanierung/- Ausleitung

Gefällt Ihnen Ihr Lächeln/ Ihre Zähne?

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.
