



Herzlich Willkommen in Ihrer Zahnarztpraxis Dr. Andreas Michels.  
Wir möchten Sie bitten, den beiliegenden Fragebogen gewissenhaft auszufüllen,  
um Ihnen eine angenehme Behandlung gewährleisten zu können.

**Patient:**

**Hauptversicherter / ges. Vertreter**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_  
Festnetztelefon: \_\_\_\_\_  
Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Krankenversicherung: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?**

\_\_\_\_\_

**Bestehen bei Ihnen gesundheitliche Einschränkungen?**

1. Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen?  ja  nein  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
2. Besitzen Sie einen Herzschrittmacher oder künstliche Herzklappen?  ja  nein  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
3. Leiden Sie an niedrigem Blutdruck?  ja  nein
4. Leiden Sie an hohem Blutdruck?  ja  nein
5. Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen?  ja  nein
6. Nehmen Sie Marcumar/Xarelto?  ja  nein
7. Haben Sie eine Blutungsneigung/ Bluterkrankung?  ja  nein  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
8. Leiden Sie unter Rheuma?  ja  nein
9. Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)?  ja  nein
10. Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung?  ja  nein  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
11. Leiden Sie an einer Lebererkrankung (Hepatitis)?  ja  nein

**- bitte wenden -**

12. Leiden Sie an einer Magen-Darm-Erkrankung?  ja  nein  
 Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
13. Leiden Sie an einer Nierenerkrankung?  ja  nein  
 Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
14. Leiden Sie an einer Lungenerkrankung/ Asthma  ja  nein
15. Leiden Sie an einer Nasen-/ Nebenhöhlenerkrankung?  ja  nein
16. Leiden Sie an Epilepsie?  ja  nein
17. Haben Sie eine sonstige Erkrankung?  ja  nein  
 Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
18. Haben Sie Allergien?  ja  nein  
 Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
19. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?  
 \_\_\_\_\_
20. Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?  ja  nein  
 Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
21. Sind Sie Raucher?  ja  nein
22. Wenn Sie rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich? \_\_\_\_\_
23. Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?  ja  nein
24. Wenn Sie schwanger sind, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

**Legen Sie Wert darauf, über hochwertigen Zahnersatz aufgeklärt zu werden?**

ja  nein

**Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung, von der Sie gegebenenfalls profitieren möchten?**

ja  nein

**Waren Sie die letzten 5 oder 10 Jahre jährlich einmal zur Vorsorge beim Zahnarzt?**

ja  nein

**Wenn ja, wie viele Jahre? \_\_\_\_\_ Jahre**

**Legen Sie Wert darauf, bei Bedarf über Parodontitis (Erkrankung des Zahnhalteapparats), aufgeklärt zu werden?**

ja  nein

**Kommen Sie mit einem speziellen Wunsch zu uns in die Praxis?**

ja  nein

**Wenn ja, mit welchem: \_\_\_\_\_**

**Wollen Sie an Ihren Kontrolltermin von uns erinnert werden?**

ja  nein

**Wenn ja, in welchen Abständen? \_\_\_\_\_**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit den Datenschutzbestimmungen der Praxis (siehe Aushang) einverstanden.

Ruhstorf, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift d. Patienten / Erziehungsberechtigten

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe und möchten Sie höflichst darauf aufmerksam machen, dass es sich bei der Praxis um eine Bestellpraxis handelt. Um für alle Patienten einen reibungslosen Ablauf gewährleisten zu können, bitten wir Sie, sollten Sie einmal Ihren Termin nicht wahrnehmen können, diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.