



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:

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

Hauptversicherter / ges. Vertreter

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.