

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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 schnell darüber zu informieren.



Dr. med. dent. Achim Pfitzner
Hindenburgstr. 7 | 91448 Emskirchen
Tel. 09104/3355 | Fax 09104/3131

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Telefon privat: _____ Tel. geschäftlich: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Arbeitgeber: _____

Krankenversicherung: _____ Beihilfeberechtigt

Versicherter: _____ geb.: _____

Zusatzversicherung, falls vorhanden: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung von Frau / Herrn: _____

Telefonbuch / Gelbe Seiten Internet Sonstiges: _____

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

Asthma Diabetes Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis)

Anfallserkrankungen Herzerkrankung Kreislauferkrankungen

Herzklappenfehler künstliche Herzklappe angeborene Herzfehler

Blutgerinnungsstörung Rheuma Allergien, welche: _____

Bisphosphonattherapie im Rahmen einer Tumorbehandlung

sonstige Erkrankungen: _____

Wurden von Ihnen in den letzten 3 Jahren beim Zahnarzt Röntgenaufnahmen angefertigt? ja nein

Für Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ja nein

Rauchen Sie regelmäßig? Wenn ja, wie viel? _____ ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____ ja nein

Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten? ja nein

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

Sind Sie schon über Prophylaxe/ professionelle Zahnreinigung informiert worden? ja nein

Welche Hilfsmittel verwenden Sie zur häuslichen Zahnpflege?

Zahnbürste - weich mittel hart Mundspüllösungen Zahnseide

Elektrische Zahnbürste Interdentalbürsten Zahnhölzer

Haben Sie spezielle Fragen, Wünsche oder Anliegen? _____



Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit
und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Informationen
unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGb.)

Datum

Unterschrift