



**Zentrum für Zahnmedizin**  
**Neusser Straße**  
Dr. M. Beckers & Partner  
Neusserstr. 273, 50733 Köln  
Tel.: 0221-739 26 50 **oder** 169 061 17  
Fax: 0221-73 22 73



[www.mein-zahnarzt.koeln](http://www.mein-zahnarzt.koeln)  
E-Mail: [info@mein-zahnarzt.koeln](mailto:info@mein-zahnarzt.koeln)

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Für eine adäquate und risikoarme Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.  
Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Nachname, Vorname .....

Adresse .....

Geb. am ..... Krankenkasse .....

Beruf ..... Arbeitgeber .....

Telefon privat ..... Telefon beruflich .....

Telefon mobil ..... Email .....

Haben Sie eine ..... Sind Sie beihilfeberechtigt? ja  nein

Zahnzusatzversicherung? ja  nein

Abweichende Rechnungsadresse bei Minderjährigen:  
.....

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?  
.....

Was haben Sie bisher bei Ihren Zahnarztbesuchen am meisten vermisst?  
.....

## Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/>	Implantate	<input type="checkbox"/>
Zahnaufhellung (Bleaching)	<input type="checkbox"/>	Behandlung in Vollnarkose	<input type="checkbox"/>
Amalgamalternativen	<input type="checkbox"/>	Zahnfehlstellungen korrigieren	<input type="checkbox"/>
Ästhetische Zahnheilkunde	<input type="checkbox"/>	Kiefergelenksbehandlungen,	
Parodontosebehandlung	<input type="checkbox"/>	Knirscherschienen	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz	<input type="checkbox"/>		

Sind Sie mit ihrem Lächeln zufrieden? Ja  Nein

Möchten Sie von uns an den nächsten Kontrolltermin erinnert werden? Ja  Nein

Sie haben das Recht, Ihr Einverständnis jederzeit für die Zukunft zu widerrufen!

Für Neupatienten:

Gibt es Röntgenbildaufnahmen Ihrer Zähne die nicht älter als 1 Jahr sind? Ja  Nein

Wenn ja, wo können wir diese anfordern?  
.....

**Ihr persönlicher Gesundheitsscheck:**Herzkrankungen/Herz-OP? J  N Wenn ja, welche?  
-----

Herzfehler?

Wenn ja, welcher? J  N   
-----Blutdruck zu hoch  zu niedrig  normal Gerinnungsstörungen? J  N Ohnmachtsneigung? J  N Wundheilungsstörung? J  N Rheuma/Gicht? J  N Diabetes? J  N Schilddrüsenerkrankungen? J  N Osteoporose? J  N Bisphosphonattherapie? J  N Magen/Darmerkrankung? J  N Lebererkrankung? J  N Nierenerkrankung? J  N Lungenerkrankung/Asthma? J  N Epilepsie? J  N Tumore? J  N Leukämie? J  N Grauer Star (Katarakt)? J  N Grüner Star (Glaukom)? J  N **Infektionskrankheiten**

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Infektionskrankheiten:

Tuberkulose? J  N Hepatitis? J  N AIDS? J  N Andere? J  N Wenn ja, welche?  
-----**Terminplanung:**

Wir sind darum bemüht, unsere Termine einzuhalten. Sollte es einmal durch die Behandlung von akuten Schmerzfällen zu einer Verzögerung kommen, bitten wir dies zu entschuldigen.

Termine, die Sie nicht einhalten können, bitten wir mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Ansonsten können wir die durch Ihr Fehlen entstandenen Kosten in Rechnung stellen

**Vielen Dank für Ihre Angaben****Medikamente:**

Nehmen Sie regelmäßig

Medikamente? J  N Wenn ja, welche?  
-----**Krebserkrankungen:**

Leiden oder litten Sie an einer

Krebserkrankung? J  N Wenn ja, welcher?  
-----**Tabakkonsum:**Rauchen Sie? J  N Wenn ja, wieviel?  
-----**Allergien/Unverträglichkeiten**

Leiden Sie unter Allergien oder

anderen Unverträglichkeiten? J  N Wenn ja, unter welchen?  
-----**Andere Erkrankungen**Leiden Sie unter anderen medikamentenpflichtigen Erkrankungen? J  N Wenn ja, unter welchen?  
-----**Alkoholkonsum**Trinken Sie regelmäßig Alkohol? J  N Wenn ja, wieviel?  
-----**Für Frauen**Nehmen Sie Kontrazeptiva (Pille)? J  N Könnten Sie schwanger sein? J  N Stillen Sie? J  N Sind Sie schwanger? J  N   
-----

Datum

Unterschrift