



**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

E-Mail: 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. Bitte beachten Sie hierzu auch die im Wartebereich aushängende „Patienteninformation zum Datenschutz“.

Name, Vorname

Adresse

Versicherungsnehmer: Nachname, Vorname

Geb. am Krankenkasse

Beruf Arbeitgeber

Telefon privat Telefon beruflich

Telefon mobil Email

Versicherungsnehmer Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja nein

Abweichende Rechnungsadresse bei Minderjährigen:

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

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, | |
| Parodontitisbehandlung | <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 Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne, die nicht älter als 1 Jahr sind? Ja Nein

Wenn ja, wo können wir diese anfordern?

Ihr persönlicher Gesundheitsscheck:

Herzerkrankungen/Herz-OP? J N
Wenn ja, welche?

Herzfehler? J N
Wenn ja, welcher?

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

Bisphosphattherapie? 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?

Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? J N
Wenn ja welche? J N

Krebserkrankungen:

Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung
Wenn ja, welcher? J N

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?

Schnarchen Sie?

J N

Oder schnarcht jemand

aus Ihrer Familie? J N

Für Frauen

Nehmen Sie Kontrazeptiva (Pille)? J N

Könnten Sie schwanger sein? J N

Stillen Sie? J N

Sind Sie schwanger? J N

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung durch Freunde und Verwandte

Google

Social Media (Facebook/Instagram)

Homepage

Praxisschild

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

Datum

Unterschrift