



**Dr. Shadi Biedron**  
Zahnärztin

**Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich Willkommen in unserer Praxis!**

Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankung können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**Persönliche Angaben**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Versicherung**

( ) Gesetzlich versichert ( ) Beihilfeberechtigt ( ) Privatversichert ( ) Zusatzversicherung

**Angaben zu Ihrer Gesundheit**

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ( ) Nein ( ) Ja, gegen: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ( ) Nein ( ) Ja und zwar: \_\_\_\_\_

- zur Blutverdünnung? ( ) Nein ( ) Ja: ( ) ASS ( ) Plavix ( ) Marcumar ( ) andere

Sind Unverträglichkeiten gegen Medikamente bekannt? ( ) Nein ( ) Ja, gegen: \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen chronische Erkrankungen bekannt? ( ) Nein

- Ja und zwar: ( ) Herzkrankheit/ Bluthochdruck ( ) Blutgerinnungsstörungen

( ) Diabetes mellitus ( ) Schilddrüsenerkrankung ( ) Rheumatische Erkrankungen

( ) Infektionskrankheiten: ( ) HIV ( ) Hepatitis ( ) Tuberkulose

( ) sonstiges: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? ( ) Nein ( ) Ja: ( ) Zigaretten ( ) Zigarre/ Pfeife Wieviel pro Tag? \_\_\_\_\_

**Mundgesundheitsituation**

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? ( ) Ja

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form ihrer Zähne zufrieden? ( ) Ja ( ) Nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutung beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang? ( ) Ja

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? ( ) Ja

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich an Ihre Vorsorgen zu erinnern?  
( ) Ja und zwar per: ( ) SMS (an oben genannte Handy-Nummer ( ) Email ( ) Brief

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

*Gesunde Zähne liegen uns am Herzen.*