



DR. KATRIN ROOS - WEGDELL  
ZAHNARZTPRAXIS

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen, bei Fragen helfen wir Ihnen gerne. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 Strafgesetzbuch sowie den Bestimmungen des Datenschutzes. Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb: \_\_\_\_\_

Versicherungsmitglied: \_\_\_\_\_ geb: \_\_\_\_\_

Straße/PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_ Geschäftlich: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_ Empfohlen von: \_\_\_\_\_

**Haben, oder hatten Sie folgende Erkrankung?**

	J	N		J	N
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung (Marcumar,ASS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaft? Monat:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie oft Kopf- oder Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knackt Ihr Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie zurzeit Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Beschwerden im Kopfbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wünschen Sie eine besondere Beratung über:**

	J	N		J	N
Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hochwertigen Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnfleisch-Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amalgam Entfernung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenksbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ästhetische Zahnheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiederbestellung/ Recall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bleaching	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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