

# DR. MED. DENT. CHRISTIAN SCHULZ, MSC.

Master of Science und zertifizierter Spezialist  
auf dem Gebiet der Parodontologie und Implantologie



## Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Name:	_____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-	
Vorname:	_____	mitglied sind, wer ist Versicherter?	
Geburtsdatum/-ort:	_____	Name:	_____
Adresse:	_____	Vorname:	_____
		Geburtsdatum:	_____
Tel. Privat:	_____		
E-Mail:	_____		
Beruf:	_____	Wer soll die Rechnung erhalten?	
Arbeitgeber, Ort:	_____	Name:	_____
		Adresse:	_____
Tel. Arbeitsplatz:	_____		
Krankenkasse:	_____	Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen	
pflichtversichert:	ja / nein	Dienstes?	ja / nein

Wer ist Ihr überweisender Zahnarzt? \_\_\_\_\_

### **Lesen Sie bitte die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit sorgfältig durch und kreuzen Sie Zutreffendes an. Etwaige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.**

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?		ja / nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen?		ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?		ja / nein
Sind Sie HIV positiv?		ja / nein
Haben Sie Hepatitis B?		ja / nein
Haben Sie Hepatitis C?		ja / nein
Haben Sie Diabetes?		ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?		ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?		ja / nein
Leiden Sie unter Migräne?		ja / nein
Haben Sie grünen Star?		ja / nein
Haben Sie Asthma?		ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	Woche	ja / nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?	_____	

### **Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?**

Haben Sie Zahnschmerzen?		ja / nein
Blutet Ihr Zahnfleisch?		ja / nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?		ja / nein
Sind Ihre Zähne gelockert?		ja / nein
Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden?		ja / nein
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?		ja / nein
Möchten Sie darüber eine Beratung?		ja / nein
Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert?		ja / nein

### **Ich bin mit der Aufnahme in einen Mundhygienerecall einverstanden.**

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Wiesbaden, den \_\_\_\_\_