
Praxisgemeinschaft Dr. Inge Klockner / Dr. Markus Schramm MSc

Wir freuen uns, dass Sie uns die Gesundheit Ihrer Zähne anvertrauen und werden uns bemühen, Ihre Erwartungen und Vorstellungen zu erfüllen.

Um Sie bestmöglich behandeln zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Hausnr. _____ Wohnort _____

Beruf _____

Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____

Versicherung _____ beihilfeberechtigt freiwillig versichert

Versicherter _____ Geburtsdatum _____

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? _____

Aus welchem Grund suchen Sie uns heute auf?

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Temperaturempfindliche Zähne
- Unzufrieden mit dem Aussehen der Zähne
- Zahnfleischerkrankung
- Zahnfleischbluten
- Kiefergelenkschmerzen

Wünschen Sie eine Beratung über:

- Professionelle Zahnreinigung
- Zahnfleischbehandlung
- Implantate
- Kariesvermeidung, Prophylaxe
- Weissere Zähne/Bleaching

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen:

- Kreislauferkrankung
- Herzerkrankungen
- Herzschrittmacher
- Diabetes mellitus (Zucker)
- Blutgerinnungsstörung
- Asthma
- Infektionskrankheiten
- Hepatitis (Gelbsucht)
- Immunschwäche (Aids)
- Rheuma

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Welche Allergien haben Sie?

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?

Bitte teilen Sie uns Änderungen der oben angegebenen Daten mit.

St. Augustin, den _____ Unterschrift _____