



Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde

Dr. med. dent. Sven Hoffmann
Dr. med. dent. Andreas Hulvershorn
Zahnarzt Markus Graf von Brühl

Jede Minute die man lächelt, verlängert das Leben um eine Stunde!

Persönliche Angaben:

Patient: Name / Vorname _____ Geburtsdatum und Ort _____

Elternteil: Name / Vorname _____ Geburtsdatum und Ort _____

Strasse / PLZ / Ort _____

Bitte kreuzen Sie an wie Sie über bevorstehende Termine informiert werden wollen.

Telefon Privat Telefon Mobil Post

Telefon Geschäftlich eMail-Adresse

Krankenkasse Privat Beihilfe Kostenerstattung

Zusatzversicherung _____

Behandelnder Hausarzt / Stadt _____

Zu Ihrer Sicherheit beantworten Sie uns bitte einige Fragen rund um Ihre Gesundheit sowie zu Ihren Wünschen und Vorstellungen für Ihre Behandlung.

Vielen Dank!

Foreverdent!

Dr. Sven Hoffmann
Dr. Andreas Hulvershorn
ZA Markus Graf von Brühl

Gemeinschaftspraxis
für Zahnheilkunde

www.foreverdent.de
praxis@foreverdent.de

Gesundheitliche Risiken:

- Herzerkrankungen (Herzschrittmacher, Bluthochdruck etc.) _____
- Blutungsneigung / Blutgerinnungsstörungen _____
- nehmen oder haben Sie gegen Osteoporose Bisphosphonate eingenommen? _____
- Allergien? _____
- Arzneimittel Unverträglichkeiten _____
- Infektionskrankheiten (HIV, TBC, Hepatitis) _____
- Schwangerschaft: ____ Monat Stillzeit: ____ Monat
- Sonstiges: _____

Spezielle Erkrankungen:

Allgemeinerkrankungen und Befindlichkeitsstörungen können in Wechselwirkung zum Kauorgan stehen.
Durch Ihre Angaben können eventuelle Zusammenhänge erkannt und während der Therapie berücksichtigt werden.

- Atemsystem, Verdauung, Nasennebenhöhle: _____
- Haut (Allergie, Neurodermitis etc.): _____
- Hormonelle Störungen: _____
- Sonstiges: _____
- Ist bei Ihnen in der nächsten Zeit eine Operation geplant? _____
- Medikamente: _____
- Tumorerkrankungen: _____

Blatt bitte wenden...



Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde

Dr. med. dent. Sven Hoffmann
Dr. med. dent. Andreas Hulvershorn
Zahnarzt Markus Graf von Brühl

Der kürzeste Weg zwischen zwei Menschen ist ein Lächeln!

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Aktuell: _____

Langfristig: _____

Wer war Ihr vorbehandelnder Zahnarzt? _____

Was ist Ihnen bei zahnärztlicher Betreuung besonders wichtig? _____

Wie zufrieden sind Sie mit ihren Zähnen?

zufrieden nicht zufrieden: _____

Wenn Sie Zahnersatz haben, wie zufrieden sind Sie damit?

zufrieden nicht zufrieden: _____

Sind Sie an ästhetischen Veränderungen interessiert?

Ich finde die Farbe meiner Zähne zu dunkel. Mich stört das Aussehen von Füllungen/Kronen.

Die Stellung meiner Zähne empfinde ich als nicht optimal. Meine Zahnlücken stören mich

Sind bzw. waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja, Zeitraum: _____

Ich bin an einer professionellen Betreuung in Rahmen eines Prophylaxeprogramm interessiert.

Was könnte Ihrer Meinung nach verbessert werden? _____

Ist Ihnen aufgefallen, dass... ?

Ihr Zahnfleisch (häufiger) blutet? sich Ihre Mundschleimhäute häufig entzünden?

Ihr Zahnfleisch zurückweicht bzw. Ihnen Ihre Zähne länger erscheinen als sonst?

sich bei Ihnen schnell Zahnstein bildet? Sie unter schlechtem Geschmack/Mundgeruch leiden?

Ihre Zähne gewandert sind oder gelockert erscheinen? Schnarchen Sie?

Ist Ihnen in der letzten Zeit aufgefallen, dass ... ?

Sie mit den Zähnen knirschen? Wenn Ja, haben Sie eine Knirscherschiene: Ja Nein

Ihre Kiefergelenke knacken. Haben Sie Ohrengeräusche, Kopf-Nackenschmerzen, Migräne?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung durch: _____
Was wurde empfohlen: _____

Internet Telefonbuch Gelbe Seiten Sonstiges: _____

Ich versichere hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter