

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um diesen  
Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sie helfen uns damit, Sie  
noch individueller beraten und behandeln zu können. Ihre  
Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert,  
unterliegen aber den strengen Bestimmungen des  
Datenschutzes. Vielen Dank!

### PATIENT

Name	Beruf
Vorname	Arbeitgeber
Geb.	Tel. privat
Strasse	Mobil
PLZ Wohnort	E-Mail
Krankenversicherung	Basistarif in der privaten Krankenversicherung? <input type="checkbox"/>
Private Zusatzversicherung <input type="checkbox"/>	Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/>

### VERSICHERTER

Name, Vorname	Behandelnder Hausarzt
Geb.	
Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie/Er Ihnen unsere Praxis empfohlen hat?	
Sind Sie an unserem halbjährlichen Erinnerungsdienst interessiert? <input type="checkbox"/>	

### ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen? <input type="checkbox"/>	Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden? <input type="checkbox"/>
Knirschen Sie mit den Zähnen? <input type="checkbox"/>	Leiden Sie an Zahnfleischbluten? <input type="checkbox"/>
Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen? <input type="checkbox"/>	Rauchen Sie? <input type="checkbox"/>
Sonstiges:	

### WÜNSCHEN SIE EINE BESONDERE BERATUNG ZU FOLGENDEN THEMEN?

Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	Implantate <input type="checkbox"/>
Ästhetische Zahnheilkunde <input type="checkbox"/>	Zahnaufhellung/Bleaching <input type="checkbox"/>
Parodontitisbehandlung <input type="checkbox"/>	Zahnersatz (z.B. Kronen, Brücken, herausnehmbarer Zahnersatz) <input type="checkbox"/>
Sonstiges:	

### HABEN ODER HATTEN SIE FOLGENDE ERKRANKUNGEN?

Herzerkrankung <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung <input type="checkbox"/>	Künstl. Herzklappe/Gelenke <input type="checkbox"/>	Augenerkrankung (z.B. Star) <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher <input type="checkbox"/>	Lebererkrankung (z.B. Hepatitis) <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Osteoporose <input type="checkbox"/>
Immunschwäche (z.B. HIV) <input type="checkbox"/>	Kreislaufkrankung <input type="checkbox"/>	Asthma <input type="checkbox"/>	Tumoren (Krebs) <input type="checkbox"/>
Schwangerschaft <input type="checkbox"/>	SSW: <input type="checkbox"/>	Allergien: <input type="checkbox"/>	

**Weiter auf Seite 2**

# Zahnarztpraxis Ilona Balea

in Düsseldorf Wersten



## FORTSETZUNG

Nehmen Sie Medikamente ein? Falls ja welche?

Blutverdünner

Medikamente bei Osteoporose oder Tumoren

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?

## DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG

Ich erkläre mich mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß DSGVO einverstanden

Ihre Zeit ist kostbar und Sie können erwarten, dass wir Ihre Termine – von seltenen Notfällen abgesehen – pünktlich wahrnehmen. Wir danken Ihnen dafür, dass Sie es ebenso halten.

Das Honorar für die in der reservierten Zeit vorgesehenen Leistungen berechnen wir Ihnen nicht, wenn Sie spätestens 24 Stunden vorher eine Terminänderung vereinbaren.

Datum, Unterschrift