

5 | Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, welche? (Wenn Allergiepass vorhanden, bitte vorlegen)

6 | Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt? Wenn ja, in welcher Praxis?

7 | Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

Schlaganfall	Orthopädische Probleme
Hoher Blutdruck	Grüner Star
Niedriger Blutdruck	Hepatitis A B C
Asthma	Blutgerinnungsstörungen
Diabetes Typ 1	Herzschrittmacher
Diabetes Typ 2	Tumorerkrankungen
Lebererkrankung	HIV
Herzinfarkt, wenn ja, wann?	
Sonstige Krankheiten:	

8 | Für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche?

9 | Sind Sie mit einer Fotodokumentation des Behandlungsablaufes einverstanden?

Ja Nein

10 | Können wir Ihnen während der Behandlung besondere Wünsche erfüllen? (z. B. Musik)

11 | Wünschen Sie ein Beratungsgespräch zu einem bestimmten Thema? (z. B. zu professioneller Zahnreinigung, Implantologie, Bleaching, alternative Narkosemöglichkeiten, etc.)

12 | Für Neupatienten: Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?

Telefonbuch Presse Web Empfehlung Sonstiges

13 | Möchten Sie an unserem Erinnerungsservice (Recall) teilnehmen?

Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Getreu unserer Philosophie PERFEKTION AUS PASSION werden wir Sie zukünftig umfassend betreuen und versorgen. Sollten Sie einen vereinbarten Termin kurzfristig nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, uns mindestens 24 Std. vorher abzusagen. Prothetik- und OP-Termine sind bitte mind. 3 Tage vorab zu stornieren. Dieses verhindert, dass wir Ihnen etwaige Ausfallzeiten in Rechnung stellen müssen.

Datum

Unterschrift

