

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen!

Lieber Patient, im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen, bei eventuellen Fragen helfen wir gerne. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Eventuelle Änderungen bitten wir Sie uns umgehend mitzuteilen.

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Wohnort _____

Tel. privat/Mobil _____ E-Mail _____

Tel. berufl. _____ Beruf _____

Empfehlung durch _____ Ihr Hausarzt/Tel. _____

Ich bin versichert: gesetzlich Versicherung: _____

Zusatzversicherung privat Versicherung: _____

Ihr Hauptanliegen:

Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung?

	Ja	Nein
Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges: _____

Wünschen Sie eine **besondere Beratung** über:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zahnbehandlung mit dem Laser | <input type="checkbox"/> Airflow Zahnreinigung und Politur |
| <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Keramikfüllungen | <input type="checkbox"/> Ernährung |
| <input type="checkbox"/> Hochwertiger Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Parodontalbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> Amalgamentfernung |
| <input type="checkbox"/> Amalgamalternativen | <input type="checkbox"/> Ästhetische Zahnheilkunde |
| <input type="checkbox"/> Quecksilberausleitung | <input type="checkbox"/> Prophylaxe, Kariesvermeidung |

Sonstiges: _____

Medizinische Befunderhebung: Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herzerkrankung/Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kreislaufkrankung		
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(hoher Blutdruck etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Künstlicher Bluter		
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Marcumar, Ass etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?			Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Sonstiges: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Unterschrift: _____

- Ästhetische Zahnheilkunde
- Laserzahnheilkunde
- Kinder- und Jugendprophylaxe
- Implantologie (DGI zertifiziert)
- Zahnkosmetik, Bleaching
- Parodontologie
- Amalgamsanierung
- Hausbesuche

Max-Eyth-Straße 35
73230 Kirchheim unter Teck
Telefon 07021 - 2998
Telefax 07021 - 734735
info@doktorkoeberle.de
www.doktorkoeberle.de

Sprechzeiten:

Mo.-Mi. 8.00-12.00 Uhr
und 14.00-18.00 Uhr
Donnerstag 8.00-12.00 Uhr
und 14.00-19.30 Uhr
Freitag 8.00-12.00 Uhr
und nach Vereinbarung