



# ZAHNÄRZTE

Dr. Peter Keil  
Monika Rensing

## AUFNAHMEBOGEN

Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Mitglied: Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Strasse und Hausnummer \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_ Telefon mobil \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Beihilfeberechtigung  ja  nein

*Herzlich Willkommen in unserer Praxis!*

*Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine individuelle Behandlung.*

ja nein

### Ihr Hauptanliegen:

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?

Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kopfbereich geröntgt? (Jahr)

Haben Sie zurzeit Zahnschmerzen?  ja  nein

Haben Sie Zahnfleischbluten?  ja  nein

Haben Sie hohen Blutdruck?  ja  nein

Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?  ja  nein

Möchten Sie regelmäßig zu Kontrolluntersuchungen eingeladen werden?  ja  nein

Möchten Sie per Email von uns benachrichtigt werden.  ja  nein

*Bitte beachten Sie auch die Rückseite!*

Haben Sie eine der nachstehenden aufgeführten Erkrankungen?

Zuckerkrankheit

Erkrankung des Blutes (z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen)

Allergien (z.B. Heuschnupfen)

Asthma/Lungenerkrankung

Nervenerkrankung

Lebererkrankung/Hepatitis

Rheuma/rheumatisches Fieber

Nierenerkrankung

Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)

Magen-Darmerkrankung

Immunschwäche (AIDS)

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?

Falls ja, welche:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

Falls ja, welche:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bestehen zur Zeit sonstige Erkrankungen?

Falls ja, welche:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dortmund, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift