



## PERSÖNLICHE BEHANDLUNGSDATEN

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen.

### PATIENT / IN

Name ..... Vorname .....

Geburtstag ..... Geburtsort .....

### VERSICHERTE(R)

Name ..... Vorname .....

Geburtstag ..... Geburtsort .....

LAUBACH&PARTNER  
PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE  
EICHHORNSTRASSE 55  
D-78464 KONSTANZ

KONTAKT:  
+49 (0) 7531 9413700  
POST@LAUBACH.DE  
WWW.LAUBACH.DE

LAUBACH&PARTNER  
PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE  
FÜRSTENBERGSTRASSE 67  
D-78467 KONSTANZ

KONTAKT:  
+49 (0) 7531 9423360  
MAIL@LAUBACH.DE  
WWW.LAUBACH-FUERSTENBERG.DE

### KONTAKT DURCH

Name .....

Empfehlung

Grund der Empfehlung .....

Internet

Werbung

Telefonbuch

### ANSCHRIFT

#### VERSICHERTE(R)

Strasse ..... PLZ/Ort .....

Telefon ..... Mobiltelefon .....

E-Mail .....

### KRANKEN- VERSICHERUNG

Name der Versicherung .....

Besteht eine Zahnzusatzversicherung? ja  nein

### BERUF

.....

### ARBEITGEBER

Strasse ..... PLZ/Ort .....

Telefon .....

Damit wir bei der Behandlung auf eventuelle Krankheiten oder Beschwerden Rücksicht nehmen können, bitten wir Sie, die Fragen auf der Rückseite sorgfältig zu beantworten. Diese Fragen sind zum Teil gesetzlich vorgeschrieben. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten sich Ihre persönlichen Behandlungsdaten ändern, bitten wir Sie, uns dies vor der Behandlung mitzuteilen.

Bitte sämtliche Fragen beantworten. Bei Fragen mit Mehrfachauswahl Unzutreffendes streichen.

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja  nein

Grund der Behandlung: .....  
Grund

Name des Hausarztes: .....  
Name Ort

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja  nein   
Wenn ja, welche?

Waren Sie jemals ernsthaft krank oder hatten Sie eine größere Operation? ja  nein

Haben Sie eine Herz-, Leber- oder Nierenerkrankung? ja  nein

Leiden Sie an Kreislaufstörungen / Bluthochdruck? ja  nein

Bluten Sie lange nach, wenn Sie sich geschnitten haben? ja  nein

Reagieren sie allergisch auf Medikamente (z.B. Penicillin, Lokalanästhetika)? ja  nein

Haben Sie Asthma oder Heuschnupfen? ja  nein

Leiden Sie an Rheuma oder Diabetes? ja  nein

Haben Sie Hepatitis oder HIV? ja  nein

Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Nacken- oder Rückenschmerzen? ja  nein

Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? ja  nein

Hatten Sie jemals Beschwerden im Kiefergelenk oder in der Ohrgegend? ja  nein

Haben Sie lockere oder empfindliche Zähne? ja  nein

Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder bei Gebrauch von Zahnseide? ja  nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück, werden die Zähne länger? ja  nein

Leiden Sie unter Mundgeruch, schlechtem Geschmack im Mund  
oder trockenem Mund? ja  nein

Wenn ja, wann? .....  
Zeitpunkt

Verwenden Sie regelmäßig Zahnseide, Interdentalraumbürsten  
oder Zungenreiniger? ja  nein

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? ja  nein   
Wenn nein, warum nicht? Farbe  Form  Stellung

Achten Sie auf die Zähne anderer Menschen? ja  nein

Sind Sie ängstlich oder besonders schmerzempfindlich? ja  nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? .....  
Anzahl

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja  nein   
Wenn ja, welcher Monat? .....  
Monat

Wann wurden Sie das letzte Mal an den Zähnen geröntgt? Monat ..... Jahr .....

„Unser Ziel ist es, Sie stets termingerecht und pünktlich zu behandeln. Als Gegenleistung bitten wir Sie darum, Termine mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Ihnen ansonsten entstandene Ausfallkosten in Rechnung gestellt werden.“

Datum/Unterschrift .....