

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

herzlich willkommen in unserer Praxis und vielen Dank für Ihr Vertrauen.  
Um Sie angemessen und sicher behandeln zu können, bitten wir Sie,  
uns einige Fragen zu beantworten. Sollte sich im Laufe der Zeit etwas an Ihren  
Angaben(Gesundheit, Medikation,Adr. etc.) ändern, bitte informieren Sie uns!

Dr. W. + S. Wilser  
Bahnhofstr. 42  
33602 Bielefeld  
Tel. 0521/66108  
Fax 0521/1365529

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Tel. geschäftlich : \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Beihilfeberechtigt  Zusatzversicherung  \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird.

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung von Frau / Herrn: \_\_\_\_\_

Telefonbuch / Gelbe Seiten  Internet  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie an, falls folgende Erkrankungen oder Umstände bei Ihnen vorliegen:

Asthma  Diabetes  Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis)

Anfallserkrankungen  Herzerkrankung  Kreislauferkrankungen

Blutgerinnungsstörung  Rheuma  Allergien, welche: \_\_\_\_\_

sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Warum sind Sie heute hier?  Kontrolle  Beschwerden  dringende Schmerzbehandlung

Wurden von Ihnen in den letzten 2 Jahren beim Zahnarzt Röntgenaufnahmen angefertigt?  ja  nein

Für Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?  ja  nein

Rauchen Sie regelmäßig? Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_  ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? welche? – bitte **auf der Rückseite** aufzählen>>  ja  nein

Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten?  ja  nein

Stört Sie etwas am Aussehen Ihrer Zähne (z. B. Zahnfarbe oder -stellung)?  ja  nein

Sind Sie schon über Prophylaxe/ professionelle Zahnreinigung informiert worden?  ja  nein

Haben Sie Fragen, Wünsche oder Anliegen? > ggf. **auf der Rückseite** notieren >>

- ganzheitsmedizinische Behandlung  gesundes Zahnfleisch
- weißere Zähne  Amalgamentfernung  Elektroakupunktur EAV
- Parodontosebeh.  Zähneknirschen

Kann ich Termine nicht einhalten, werde ich bis 24 Std. vorher absagen, da sonst evtl. Kosten in Rechnung gestellt werden

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift

