

**MVZ DEIN DENTAL ZFZ Solingen**  
**DEIN DENTAL Köln MVZ GmbH**

Birkerstr. 1 - 42651 Solingen  
Telefon: 0212-201309 - Telefax: 0212-23354891

---

Patient: Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsort/-datum \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

---

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon privat \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

---

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Möchten Sie eine Benachrichtigung vor einem vereinbarten Termin per:

SMS  Email

Möchten Sie eine Erinnerung für den nächsten Vorsorgetermin?

Ja  Nein

Sind Sie privat versichert? Name Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Ja  Nein

**Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?**

Ich habe ein Ströerposter gesehen ->  Pulheim  Königsdorf  Lövenich  Widdersdorf  Brauweiler

Ich habe den Artikel im Wochenende gelesen

Sonstiges \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten? Bitte kreuzen Sie entsprechend an

<input type="radio"/> Atemnot oder Brustschmerz	<input type="radio"/> HIV
<input type="radio"/> Asthma/ Atemnot	<input type="radio"/> Hepatitis B oder C
<input type="radio"/> Raucher	<input type="radio"/> Tuberkulose
<input type="radio"/> Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> Herzklappenfehler
<input type="radio"/> Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="radio"/> Rheuma
<input type="radio"/> Stoffwechselerkrankungen	<input type="radio"/> Endokarditis
<input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> Osteoporose (Bisphosphonateinnahme)

**Hatten Sie schon einmal eine Professionelle Zahnreinigung? Ja \_\_\_ / Nein \_\_\_**

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Haben Sie hohen oder niedrigen Blutdruck Werte: \_\_\_ / \_\_\_

Haben Sie Kopf-/ oder Nackenschmerzen?

Besteht eine Schwangerschaft? \_\_\_\_\_ Woche

Haben Sie Allergien?

Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Welche? \_\_\_\_\_

Bestehen sonstige Erkrankungen?

Welche? \_\_\_\_\_

Sind jemals Probleme bei ärztlichen/zahnärztlichen Behandlungen aufgetreten?

Welche? \_\_\_\_\_

Tragen Sie eine Aufbißschiene?

Tragen Sie Zahnersatz?

Wenn ja, wie alt ist Ihr Zahnersatz? \_\_\_\_\_

Wie wichtig ist Ihnen die Ästhetik?

sehr wichtig  wichtig  nicht so wichtig  unwichtig

Gefällt Ihnen Ihr Lächeln/ Ihre Zähne?

Wünschen Sie eine Beratung über:

Wurzelkanalbehandlung

Implantate

Zahnbehandlung bei Angstpatienten

Amalgamsanierung/- Ausleitung

Ästhetische Zahnheilkunde

Kiefergelenksbehandlung

Parodontitisbehandlung

Zahnfehlstellung / Kieferorthopädie

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse wahrheitsgemäß und teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

**Bitte sagen Sie Ihren Termin 24 Stunden vorher ab. Im Falle einer zuspäten Absage oder Nichteinhaltung Ihres Termins stellen wir Ihnen den Ausfall mit bis zu 199,- Euro je Stunde in Rechnung.**

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

---