



Zahnovo – Praxis für innovative und altersgerechte Zahnheilkunde – Dr. Wegner

Kompetenzzentrum für

Minimalinvasive Implantologie ❖ Laserbehandlung ❖ Parodontitisbehandlung
Mundgeruchbehandlung ❖ Komfortablen Zahnersatz ❖ Adhäsivtechnik ❖ Vollkeramik
prophylaktische myofunktionelle Kieferorthopädie ❖ Behandlung auch in Lachgasnarkose

Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlich willkommen bei Zahnovo – Dr. Wegner. Sie entscheiden sich mit Ihrem Besuch bei uns für eine Behandlung nach dem Stand des zahnmedizinischen Fortschritts. Wir freuen uns, dass Sie bewusst mit Ihrer Gesundheit umgehen und dafür nur das Beste wollen. Sie haben eine gute Entscheidung getroffen, Ihre Zahngesundheit Zahnovo – Dr. Wegner anzuvertrauen. Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abzustimmen, benötigen wir vorab einige Informationen von Ihnen. Bitte füllen Sie die folgenden Fragen bezüglich Ihres Gesundheitszustandes vollständig aus und teilen uns auch mit, worauf Sie besonderen Wert legen. Vielen Dank.

Nachname, Vorname: Geburtsdatum:

Wohnanschrift:

Versicherung: Beruf:

Telefon: Telefon mobil: E-Mail:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Einverständnis zur Behandlung Minderjähriger / Unterschrift des Erziehungsberechtigten:

Grund meines Besuches bei Zahnovo - Dr. Wegner

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> zweite Zahnarztmeinung | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Zahnlockerung |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Zahnfehlstellungen | <input type="checkbox"/> Mundgeruch | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenksprobleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit Aussehen | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | | |

Ihre letzte Kontrolle/Behandlung

Datum der Kontrolle?

Wurden dabei Auffälligkeiten an Zähnen, Zahnfleisch und Kiefer festgestellt? ja nein

Wenn ja, welche?

Wurde eine spezielle Therapie in Erwägung gezogen bzw. ein Behandlungsplan erstellt? ja nein

Wenn ja, was waren die Gründe, warum die Behandlung nicht erfolgte?

Meine besonderen Wünsche und Anliegen

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mundgesundheitsvorsorge | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbehandlung | <input type="checkbox"/> Mundgeruchbehandlung | <input type="checkbox"/> Zahnimplantate |
| <input type="checkbox"/> Keramik-Inlays, Kronen | <input type="checkbox"/> Keramik – Veneers | <input type="checkbox"/> Komfort-Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Amalgamentfernung |
| <input type="checkbox"/> optimaler Parodontitisschutz | <input type="checkbox"/> optische Verschönerungen | <input type="checkbox"/> Laserbehandlung | <input type="checkbox"/> Lachgasnarkose |



Zahnovo – Praxis für innovative und altersgerechte Zahneilkunde - Dr. Wegner

Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand

Krankheiten, Allergien, Medikationen, Unverträglichkeiten aller Art sowie bestimmte Lebensgewohnheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte vervollständigen Sie die folgenden Fragen gewissenhaft.

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, Anschrift , Tel.)

.....

Sind Sie bei einem Spezialisten/Facharzt in Behandlung? nein ja (bitte Name, Anschrift, Tel. angeben)

.....

Bitte Grund / nähere Erläuterung:

.....

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung Marcumar Falithrom Heparin ASS

Sonstige:

.....

Bekannte Allergien:

Sind Sie Raucher? nein ja (Menge pro Tag

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger nein ja (in welchem Monat

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|--|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hoher/niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz/-fehler | <input type="checkbox"/> Endokarditis | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Herzoperationen | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Glaukom |
| <input type="checkbox"/> Knochenerkrankungen | <input type="checkbox"/> TBC | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenerkrankungen | |

Bei Veränderungen Ihres allgemeinen Gesundheitszustandes sind Sie verpflichtet, uns dies umgehend zur Kenntnis zu geben.

Denken Sie bitte daran, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach einer zahnärztlichen Behandlung beeinträchtigt sein kann!

Datum: Unterschrift: