

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen sorgfältig und vollständig auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können (auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkung auf die zahnärztliche Behandlung haben). Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheit und zu einzelnen Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Ihr Zahnarzt Birol Dogan & Team

Zu Ihrer Person:				
Name, Vorname		Geburtsdatum PLZ/Ort Handy Telefon dienstlich Arbeitgeber		
Straße/Hausnummer				
Telefon privat				
E-Mail				
Beruf				
Hausarzt (Name, Anschrift, Tele	ofon)			
Versicherung:				
Name der Krankenkasse:				
gesetzlich versichert	privat versichert	Zusatzversicherung		
■ Basistarif	☐ Beihilfe berechtigt	t		
Straße/Hausnummer		PLZ/Ort		
Name, Vorname Straße/Hausnummer		Geburtsdatum PLZ/Ort		
Wie wurden sie auf unser	e Praxis aufmerksam?			
	im Vorbeigehen	. □ Internet □ Sonstiges:		
Allgemeine Gesundheitssi	tuation:			
□ hoher Blutdruck	iodiioii.	□ rheumatische Erkrankungen		
□ niedriger Blutdruck		☐ Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, COPD)		
■ Blutgerinnungsstörung		□ Tumorerkrankung		
□ Schlaganfall		□ Osteoporose		
☐ Epilepsie		□ Magen-Darm-Erkrankungen		
□ Diabetes		□ Nierenfunktionsstörung		
☐ Herzschrittmacher/Herzklap;	penersatz	□ Lebererkrankung		
■ Schilddrüsenerkrankung		□ Augenerkrankungen (Glaukom/grüner Star)		
☐ Herzvorerkrankungen, wenn	ja, welche:	□ Allergien:		
	•	□ sonstige Erkrankungen:		

□ Prophylaxe       □ Parodontosebehandlung (Zahnfleischbehandlung)         □ Beratung       □ Zahnersatz         □ zweite Meinung       □ Amalgamaustausch/Amalgam Alternativen         □ Bleaching (Zahnaufhellung)       □ Implantate         □ Beratung für Schwangere       □ Kinderprophylaxe         □ Mundgeruchsprechstunde       □ Sonstiges:     Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Iher Zähne, kurz: mit ihrem "Lächeln" zufrieden?  Jagen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann:	Infektionskrankheiten:	☐ HIV	Hepatitis	■ Tuberkulose	■ Sonstige:	
□ Cortison: □ Schmerzmittel: □ Bluverdünner: □ Bisphosphonate: □ Antidepressiva:  Rauchen Sie? ja □ nein □  Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja □ nein □ Wenn ja, welche Woche: □ Wundgesundheitssituation: Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt? □ Vorsorgeuntersuchung □ Prophylaxe □ Pravodontosebehandlung (Zahnfleischbehandlung) □ Beratung □ Zahnersatz □ zweite Meinung □ Amalgamaustausch/Amalgam Alternativen □ Bleaching (Zahnaufhellung) □ Implantate □ Beratung für Schwangere □ Kinderprophylaxe □ Mundgeruchsprechstunde □ Sonstiges:  Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Iher Zähne, kurz: mit ihrem "Lächeln" zufrieden? □ ja □ Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann: □ ja □ Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Haben Sie häufig Kopf - oder Nackenschmerzen? □ laben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang? □ wurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung (Parodontosebehandlung) durchgeführt? Wenn ja, vor Jahren? □ Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? □ leiden Sie gelegentlich einen Metallgeschmack? □ Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf - Kiefer - Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? ja □	Nehmen Sie Medikament	e ein? Wenn ja,	welche:			
□ Schmerzmittel: □ Bluverdünner: □ Bisphosphonate: □ Antidepressiva:  Rauchen Sie? ja □ nein □ Wenn ja, welche Woche: □ Wundgesundheitssituation: Hoben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt? □ Vorsorgeuntersuchung □ Schmerzbehandlung □ Prophylaxe □ Parodontosebehandlung (Zahnfleischbehandlung) □ Beratung □ Zahnersatz □ zweite Meinung □ Jahnerstellung □ Implantate □ Bleaching (Zahnaufhellung) □ Implantate □ Beratung □ Schmerzbehandlung (Zahnfleischbehandlung) □ Schmersbehandlung (Zahnfleischbehandlung) □ Prophylaxe □ Parodontosebehandlung (Zahnfleischbehandlung) □ Schmerstellung □ Jahnerstellung □ Implantate □ Sonstiges: □ Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Iher Zähne, kurz: mit ihrem "Lächeln" zufrieden? ja □ Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann: □ Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? □ Hoben Sie häufig Kopf - oder Nackenschmerzen? □ Hoben Sie häufig Kopf - oder Nackenschmerzen? □ Hoben Sie zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang? □ Wurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung (Parodontosebehandlung) □ durchgeführt? Wenn ja, vor □ Jahren? □ Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? □ Uvurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe/PZR)? □ Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf - Kiefer - Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? □ Jahren? □ Uvurden Sie im letzten Jahr im Kopf - Kiefer - Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? □ Jahren? □ Uvurden Sie im letzten Jahr im Kopf - Kiefer - Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? □ Jahren? □ Jahren? □ Jahren? □ Jahren? □ □ □ Jahren? □ □ □ Uvurden Sie im letzten Jahr im Kopf - Kiefer - Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? □ Jahren? □ □ □ Jahren? □ Jahren? □ □ □ Jahren? □ □ □ Jahren? □ □ □ Jahren? □ □ □ □ Jahren? □ □ □ Jahren? □ □ □ □ Jahren? □ □ □ □ Jahren? □ □ □ Jahren	☐ Herzmedikamente:					
□ Blutverdünner: □ Bisphosphonate: □ Antidepressiva:  Rauchen Sie? ja □ nein □  Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja □ nein □ Wenn ja, welche Woche:  Mundgesundheitssituation: Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt? □ Vorsorgeuntersuchung □ Schmerzbehandlung □ Prophylaxe □ Parodontosebehandlung [Zahnfleischbehandlung) □ Beratung □ Zahnersatz □ zweite Meinung □ Amalgamaustausch/Amalgam Alternativen □ Bleaching (Zahnaufellung) □ Implantate □ Beratung für Schwangere □ Kinderprophylaxe □ Mundgeruchsprechstunde □ Sonstiges: □ Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Iher Zähne, kurz: mit ihrem "Lächeln" zufrieden? ja □ Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann: ja □ □ Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann: ja □ □ Haben Sie häufig Kopf · oder Nackenschmetzen? ja □ Ukaben Sie häufig Kopf · oder Nackenschmetzen? Jahen Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang? ja □ Wurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung (Parodontosebehandlung) durchgeführt? Wenn ja, vor Jahren? ja □ Ukaben Sie gelegentlich einen Metallgeschmack? ja □ Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe/PZR)? Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf · Kiefer · Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? ja □						
□ Antidepressiva:  Rauchen Sie? ja □ nein □  Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja □ nein □ Wenn ja, welche Woche:  Wundgesundheitssituation: Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?  □ Vorsorgeuntersuchung □ Schmerzbehandlung (Zahnfleischbehandlung)  □ Prophylaxe □ Parodontosebehandlung (Zahnfleischbehandlung)  □ Beratung □ Zahnersatz  □ zweite Meinung □ Amalgamaustausch/Amalgam Alternativen  □ Bleaching (Zahnaufhellung) □ Implantate  □ Beratung für Schwangere □ Kinderprophylaxe  □ Mundgeruchsprechstunde □ Sonstiges:  Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Iher Zähne, kurz: mit ihrem "Lächeln" zufrieden? ja □ Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann:  □ Gu Thaben Sie Abhresatz? Wenn ja, seit wann: □ Jahen Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?  Wurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung (Parodontosebehandlung)  durchgeführt? Wenn ja, vor □ Jahren?    ja □ Haben Sie gelegentlich einen Metallgeschmack?    ja □ Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe/PZR)?  Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf · Kiefer · Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? □ ja □						
Rauchen Sie? ja nein Sie? ja nein nein Sind Sie schwanger? ja nein Wenn ja, welche Woche:    Mundgesundheitssituation:						
Rauchen Sie? ja nein   Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein Wenn ja, welche Woche:  Mundgesundheitssituation: Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt? Vorsorgeuntersuchung Schmerzbehandlung Prophylaxe Pravis führt?  Parodontosebehandlung (Zahnfleischbehandlung) Beratung Zahnersatz zweite Meinung Amalgamaustausch/Amalgam Alternativen Bleaching (Zohnaufhellung) Implantate Beratung Sonstiges:  Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Iher Zähne, kurz: mit ihrem "Lächeln" zufrieden? Jiragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann:						
Für unsere Patientinnen:  Sind Sie schwanger? ja  nein Wenn ja, welche Woche:	☐ Antidepressiva:					
Mundgesundheitssituation:  Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?  Vorsorgeuntersuchung  Prophylaxe  Parodontosebehandlung (Zahnfleischbehandlung)  Beratung  Zahnersatz  Amalgamaustausch/Amalgam Alternativen  Bleaching (Zahnaufhellung)  Implantate  Kinderprophylaxe  Kinderprophylaxe  Sonstiges:  Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Iher Zähne, kurz: mit ihrem "Lächeln" zufrieden?  Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann:  Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?  Haben Sie häufig Kopf - oder Nackenschmerzen?  Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?  Vurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung (Parodontosebehandlung)  durchgeführt? Wenn ja, vor Jahren?  Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?  Haben Sie gelegentlich einen Metallgeschmack?  Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe/PZR)?  Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf - Kiefer - Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? ja   ja   Jetatoria versen sie mit er Zahne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe/PZR)?	Rauchen Sie? ja 🗖 nein					
Mundgesundheitssituation:  Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?  Vorsorgeuntersuchung  Prophylaxe  Parodontosebehandlung (Zahnfleischbehandlung)  Beratung  Zahnersatz  Amalgamaustausch/Amalgam Alternativen  Bleaching (Zahnaufhellung)  Implantate  Kinderprophylaxe  Kinderprophylaxe  Sonstiges:  Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Iher Zähne, kurz: mit ihrem "Lächeln" zufrieden?  Kirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?  Haben Sie häufig Kopf - oder Nackenschmerzen?  Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?  Wurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung (Parodontosebehandlung)  durchgeführt? Wenn ja, vor Jahren?  Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?  Haben Sie gelegentlich einen Metallgeschmack?  Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbijährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe/PZR)?  Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf - Kiefer - Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? ja   Jahren?	Für unsere Patientinn	en:				
Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?  Vorsorgeuntersuchung Prophylaxe Prophylaxe Prodontosebehandlung (Zahnfleischbehandlung) Beratung Zahnersatz zweite Meinung Implantate Beratung für Schwangere Kinderprophylaxe Sonstiges: Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Iher Zähne, kurz: mit ihrem "Lächeln" zufrieden? Iragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann: Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Haben Sie häufig Kopf - oder Nackenschmerzen? Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?  Wurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung (Parodontosebehandlung) durchgeführt? Wenn ja, vor Jahren? Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? Haben Sie gelegentlich einen Metallgeschmack? Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe/PZR)? Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf - Kiefer - Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? ja   Jahren?	Sind Sie schwanger? ja	□ nein □ Wenn	ja, welche Woche:			
□ Vorsorgeuntersuchung       □ Schmerzbehandlung         □ Prophylaxe       □ Parodontosebehandlung (Zahnfleischbehandlung)         □ Beratung       □ Zahnersatz         □ Zweite Meinung       □ Amalgamaustausch/Amalgam Alternativen         □ Bleaching (Zahnaufhellung)       □ Implantate         □ Beratung für Schwangere       □ Kinderprophylaxe         □ Mundgeruchsprechstunde       □ Sonstiges:         Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Iher Zähne, kurz: mit ihrem "Lächeln" zufrieden?       ja □         Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann:	Mundgesundheitssitu	ation:				
□ Prophylaxe       □ Parodontosebehandlung (Zahnfleischbehandlung)         □ Beratung       □ Zahnersatz         □ zweite Meinung       □ Amalgamaustausch/Amalgam Alternativen         □ Bleaching (Zahnaufhellung)       □ Implantate         □ Beratung für Schwangere       □ Kinderprophylaxe         □ Mundgeruchsprechstunde       □ Sonstiges:     Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Iher Zähne, kurz: mit ihrem "Lächeln" zufrieden?  Jagen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann:	Haben Sie ein bestimmtes	Anliegen, welch	es Sie in unsere Praxis f	ührt?		
□ Beratung □ Zahnersatz □ zweite Meinung □ Amalgamaustausch/Amalgam Alternativen □ Bleaching (Zahnaufhellung) □ Implantate □ Beratung für Schwangere □ Kinderprophylaxe □ Mundgeruchsprechstunde □ Sonstiges:				0		
□ zweite Meinung □ Amalgamaustausch/Amalgam Alternativen □ Bleaching (Zahnaufhellung) □ Implantate □ Kinderprophylaxe □ Mundgeruchsprechstunde □ Sonstiges: □ So	• •			ndlung (Zahnfleischbeho	andlung)	
□ Bleaching (Zahnaufhellung) □ Implantate □ Beratung für Schwangere □ Kinderprophylaxe □ Mundgeruchsprechstunde □ Sonstiges:	ĕ					
□ Beratung für Schwangere □ Mundgeruchsprechstunde □ Sonstiges: □ Sonstiges: □ Sonstiges: □ Sonstiges: □ Sonstiges: □ Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann: □ Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? □ Haben Sie häufig Kopf - oder Nackenschmerzen? □ Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang? □ Wurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung (Parodontosebehandlung) □ durchgeführt? Wenn ja, vor Jahren? □ Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? □ Haben Sie gelegentlich einen Metallgeschmack? □ Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe/PZR)? □ Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf - Kiefer - Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? ja □	· ·		=	ch/Amalgam Alternative	en	
□ Mundgeruchsprechstunde □ Sonstiges:	· ·	•	'			
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Iher Zähne, kurz: mit ihrem "Lächeln" zufrieden? ja □ Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann: ja □ Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ja □ Haben Sie häufig Kopf - oder Nackenschmerzen? ja □ Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang? ja □ Wurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung (Parodontosebehandlung) durchgeführt? Wenn ja, vor Jahren? ja □ Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? ja □ Haben Sie gelegentlich einen Metallgeschmack? ja □ Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe/PZR)? Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf - Kiefer - Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? ja □	ŭ ŭ		,			
Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann: ja ☐ Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ja ☐ Haben Sie häufig Kopf - oder Nackenschmerzen? ja ☐ Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang? ja ☐ Wurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung (Parodontosebehandlung) durchgeführt? Wenn ja, vor Jahren? ja ☐ Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? ja ☐ Haben Sie gelegentlich einen Metallgeschmack? ja ☐ Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe/PZR)? Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf - Kiefer - Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? ja ☐	■ Mundgeruchsprechstun	de	□ Sonstiges:			
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ja □ Haben Sie häufig Kopf - oder Nackenschmerzen? ja □ Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang? ja □ Wurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung (Parodontosebehandlung) durchgeführt? Wenn ja, vor Jahren? ja □ Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? ja □ Haben Sie gelegentlich einen Metallgeschmack? ja □ Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe/PZR)? Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf - Kiefer - Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? ja □	•			em "Lächeln" zufrieden?	Ş	ja □ nein □
Haben Sie häufig Kopf - oder Nackenschmerzen?  Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?  Wurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung (Parodontosebehandlung)  durchgeführt? Wenn ja, vor Jahren?  Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?  Haben Sie gelegentlich einen Metallgeschmack?  Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe/PZR)?  Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf - Kiefer - Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? ja □	O .	1 .				ja 🗖 nein 🗖
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?  Wurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung (Parodontosebehandlung)  durchgeführt? Wenn ja, vor Jahren?  Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?  Haben Sie gelegentlich einen Metallgeschmack?  Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe/PZR)?  Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf - Kiefer - Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? ja □	· ·					ja 🗖 nein 🗖
Wurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung (Parodontosebehandlung) durchgeführt? Wenn ja, vor Jahren? ja □ Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? ja □ Haben Sie gelegentlich einen Metallgeschmack? ja □ Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe/PZR)? Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf - Kiefer - Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? ja □	ě ,					ja □ nein □
durchgeführt? Wenn ja, vor Jahren? ja □ Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? ja □ Haben Sie gelegentlich einen Metallgeschmack? ja □ Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe/PZR)? Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf - Kiefer - Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? ja □	'	ŭ.	'	~ ~		ja 🗖 nein 🗖
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?  Haben Sie gelegentlich einen Metallgeschmack?  Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe/PZR)?  Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf - Kiefer - Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo?			•	dlung)		
Haben Sie gelegentlich einen Metallgeschmack? ja 🗖 Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe/PZR)? Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf - Kiefer - Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? ja 🗖						ja □ nein □
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (Prophylaxe/PZR)?  Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf - Kiefer - Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? ja □	•			m Mund?		ja □ nein □
Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf - Kiefer - Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? ja 🗖	0 0	_			(0.7010	ja 🗖 nein 🗖
				0 0 , ,		
				강 VVenn ja, wo?		ja □ nein □
	_		_			ja 🗖 nein 🗀
Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?	Haben Sie noch Fragen o	oder ein besonder	es Anliegen?			

Wir bieten Ihnen den Service einer Bestellpraxis, das heisst an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Ihren Termin rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt anderen Patienten die Möglichkeit, schnellstmöglich einen Termin zu bekommen. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Haben Sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.