



ZAHNARZTZENTRUM  
**dr. przybylek+kollegen**  
 ZAHNMEDIZIN SEIT 1987

**Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis**  
**Zahnärzte Dr. Barbara & Dr. Christoph & Thomas Przybylek**  
 Markstraße 417, 44795 Bochum, Tel.: 0234/460828, Fax: 0234/460858

***Herzlich Willkommen in unserer Praxis !***

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (Datenschutzverordnung). Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen.

Vielen Dank für Ihre Mühe !

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_  
 Versicherungsnehmer (bei Familienangehörigen): \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ Postleitzahl & Ort: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 Telefon (privat): \_\_\_\_\_ Telefon (beruflich): \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung ? : ja  / nein   
 Beruf: \_\_\_\_\_ Auf wessen Empfehlung kommen Sie ? : \_\_\_\_\_  
 Pflegegrad (Stufe 1-5): \_\_\_\_\_ Eingliederungshilfe: ja  / nein

**Bitte nur ankreuzen, falls Aussagen auf Sie zutreffen:**

Die Gesundheit meiner Zähne ist mir wichtig:  Ich wünsche lediglich die Schmerzbesitzigung:   
 Ich bin mit Funktion und Aussehen meiner Zähne zufrieden: ja  / nein   
 Ich bin Raucher: ja  / nein  ca. Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_  
 Möchten Sie in unser Recall-System (Termin-Erinnerungsprogramm) aufgenommen werden ? ja  / nein

**Wünschen Sie besondere Beratung über:**

- Kunststoff-Füllungen:
- Professionelle Zahnreinigung:
- Individualprophylaxe:
- Zahnaufhellung/Bleaching:
- Implantate:
- Parodontalbehandlung:
- Hochwertigen Zahnersatz (Kronen, Brücken, Teleskope, Geschiebe) :
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft ? ja  / nein  -Monat: \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen:**

- Herzerkrankung
- Rheuma
- Asthma
- Herzschrittmacher
- Hepatitis
- Osteoporose
- Immunschwäche
- Kreislauferkrankung
- Schilddrüse
- HIV
- Diabetes
- Tumorerkrankung

Medikamente, welche?: \_\_\_\_\_

Blutverdünnungsmittel?: \_\_\_\_\_

Allergien?: \_\_\_\_\_

Ihre Hausärzte: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Bochum, \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_