

Zahnarztpraxis

**FOREVER
— DENT —**

Zahnärzte aus Leidenschaft

foreverdent

Dr. med. dent. Sven Hoffmann
Dr. med. dent. Andreas Hulvershorn, M. Sc.
Zahnarzt Markus Graf von Brühl

Persönliche Angaben:

Patient: Name / Vorname _____ Geburtsdatum und Ort _____

Elternteil: Name / Vorname _____ Geburtsdatum und Ort _____

Strasse / PLZ / Ort _____

Telefon Privat _____ Telefon Mobil _____
Bitte kreuzen Sie an ob Sie über bevorstehende Termine informiert werden wollen.

eMail-Adresse _____

Krankenkasse _____ Privat Beihilfe Kostenerstattung

Zusatzversicherung _____

Behandelnder Hausarzt / Stadt _____

Gesundheitliche Risiken:

- Herzerkrankungen (Herzschrittmacher, Bluthochdruck etc.) _____
- Blutungsneigung / Blutgerinnungsstörungen _____
- nehmen oder haben Sie gegen Osteoporose Bisphosphonate eingenommen? _____
- Allergien? _____
- Arzneimittel Unverträglichkeiten _____
- Infektionskrankheiten (HIV, TBC, Hepatitis) _____
- Schwangerschaft: ____ Monat Stillzeit: ____ Monat
- Sonstiges: _____

Spezielle Erkrankungen:

Allgemeinerkrankungen und Befindlichkeitsstörungen können in Wechselwirkung zum Kauorgan stehen.

Durch Ihre Angaben können eventuelle Zusammenhänge erkannt und während der Therapie berücksichtigt werden.

- Atemsystem, Verdauung, Nasennebenhöhle: _____
- Haut (Allergie, Neurodermitis etc.): _____
- Hormonelle Störungen: _____
- Sonstiges: _____
- Ist bei Ihnen in der nächsten Zeit eine Operation geplant? _____
- Medikamente: _____
- Tumorerkrankungen: _____

Bahnhofplatz 1
57299 Niederdresselndorf
02736 / 29 11 22
praxis-nd@foreverdent.de

Hauptstrasse 11
57234 Wilnsdorf-Wilgersdorf
02739 / 89 27 63
praxis-wd@foreverdent.de

www.foreverdent.de

foreverdent

Dr. med. dent. Sven Hoffmann
Dr. med. dent. Andreas Hulvershorn, M. Sc.
Zahnarzt Markus Graf von Brühl

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Aktuell: _____

Langfristig: _____

Wer war Ihr vorbehandelnder Zahnarzt? _____

Was ist Ihnen bei zahnärztlicher Betreuung besonders wichtig? _____

Wie zufrieden sind Sie mit ihren Zähnen?

zufrieden nicht zufrieden: _____

Wenn Sie Zahnersatz haben, wie zufrieden sind Sie damit?

zufrieden nicht zufrieden: _____

Sind Sie an ästhetischen Veränderungen interessiert?

Ich finde die Farbe meiner Zähne zu dunkel. Mich stört das Aussehen von Füllungen/Kronen.

Die Stellung meiner Zähne empfinde ich als nicht optimal. Meine Zahnlücken stören mich

Sind bzw. waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja, Zeitraum: _____

Ich bin an einer professionellen Betreuung in Rahmen eines Prophylaxeprogrammes interessiert.

Was könnte Ihrer Meinung nach verbessert werden? _____

Ist Ihnen aufgefallen, dass... ?

Ihr Zahnfleisch (häufiger) blutet? sich Ihre Mundschleimhäute häufig entzünden?

Ihr Zahnfleisch zurückweicht bzw. Ihnen Ihre Zähne länger erscheinen als sonst?

sich bei Ihnen schnell Zahnstein bildet? Sie unter schlechtem Geschmack/Mundgeruch leiden?

Ihre Zähne gewandert sind oder gelockert erscheinen? Schnarchen Sie?

Ist Ihnen in der letzten Zeit aufgefallen, dass ... ?

Sie mit den Zähnen knirschen? Wenn Ja, haben Sie eine Knirscherschiene: Ja Nein

Ihre Kiefergelenke knacken. Haben Sie Ohrengeräusche, Kopf-Nackenschmerzen, Migräne?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung durch: _____
Was wurde empfohlen: _____

Internet Telefonbuch Gelbe Seiten Sonstiges: _____

Ich versichere hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.