



Herzlich willkommen in unserer Praxisklinik.

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre persönlichen Wünsche unterhalten können, benötigen wir neben Ihren Personalien zudem Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit um die folgenden Fragefelder gewissenhaft auszufüllen, damit wir unsererseits für eine adäquate und risikofreie Behandlung garantieren können. Selbstverständlich unterliegen alle Ihrer folgenden Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Ihr Team der zahnärztlichen Praxisklinik Balingen

### Persönliche Angaben

|                       |             |              |              |
|-----------------------|-------------|--------------|--------------|
|                       |             |              |              |
| Anrede/ Titel         | Nachname    | Vorname      | Geburtsdatum |
|                       |             |              |              |
| Straße und Hausnummer |             | Postleitzahl | Wohnort      |
|                       |             |              |              |
| Telefonnummer         | Mobilnummer | Email        |              |
|                       |             |              |              |
| Beruf                 |             | Arbeitgeber  |              |

### Angaben zur Versicherung

|                              |                          |                   |                          |
|------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Gesetzlich Versichert        | <input type="radio"/> ja | Privat versichert | <input type="radio"/> ja |
| Zusatzversicherung           | <input type="radio"/> ja | Basistarif        | <input type="radio"/> ja |
| Bonusheft                    | <input type="radio"/> ja |                   |                          |
|                              |                          |                   |                          |
| Name der Krankenversicherung |                          |                   |                          |

### Gesundheitliche Abfrage

|  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| <b>Allergien</b> (auch auf Medikamente)                                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| wenn ja, welche:   |                          |                            |
| <b>Herz- Kreislauferkrankungen</b> (Endokarditisrisiko, Schrittmacher) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| wenn ja, welche:   |                          |                            |
| <b>Blutgerinnungsstörungen</b>   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>Diabetes</b>  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>Weitere relevante Erkrankungen</b>                                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| wenn ja, welche:   |                          |                            |
| <b>Regelmäßige Medikamente</b>   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| wenn ja, welche:   |                          |                            |
| <b>Nikotinkonsum</b>   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>Bestehende Schwangerschaft</b>                                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Fortsetzung auf der Rückseite!  
**Bitte wenden →**



## ZAHNÄRZTLICHE PRAXISKLINIK BALINGEN

DRES. E. TRENKLER - P. SULZ - A. LUTZ

### Vorangegangene zahnärztliche Behandlungen

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Wo war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Gesicht geröntgt? ☐ ja ☐ nein

Dürfen wir im Sinne des Strahlenschutz bei der o. g. Zahnarztpraxis Ihre Röntgenbilder anfordern? ☐ ja ☐ nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

### Persönliche Wünsche und Anregungen

Wie wichtig ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne? (1 = unwichtig; 10 = sehr wichtig)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Wie wichtig ist Ihnen die Gesundheit Ihrer Zähne? (1 = unwichtig; 10 = sehr wichtig)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Haben Sie konkrete Wünsche oder Anregungen an uns? ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche:

Wünschen Sie vor Ihren nächsten Kontrolluntersuchung von uns erinnert zu werden? ☐ ja ☐ nein

wenn ja: ☐ per SMS ☐ per Mail ☐ per Post

### Angaben zum Gesetzliche Vertreter/ Vormund

Anrede/ Titel

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße u. Hausnummer

Hausnummer Zusatz

Postleitzahl

Wohnort

Telefonnummer

Mobilnummer

Email

### Patienteninformationen

Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie unseren allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGBs) an, welche im Wartezimmer für Sie zugänglich ausgehängt sind. Im Falle einer dringenden Schmerz- oder Notfallbehandlung müssen Sie mit Wartezeit rechnen. Für gesetzlich versicherte Patienten gilt die Pflicht Ihre Versicherungskarte bis spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorzulegen, ansonsten erfolgt eine Privatberechnung der erbrachten Leistungen nach GOZ!

Datum

Unterschrift

Bitte geben Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen an der Rezeption ab, damit unser Personal Ihre Anliegen so schnell wie möglich bearbeiten kann. Vielen Dank!