



# mainzahnarzt

Dr. Gregor Wallentin

Kostheimer Strasse 24  
60326 Frankfurt am Main  
Fon: 069 – 73 23 84  
FAX: 069 – 73 59 85  
[www.mainzahnarzt.de](http://www.mainzahnarzt.de)  
[www.main-zahnarzt.eu](http://www.main-zahnarzt.eu)  
Mail: [info@mainzahnarzt.de](mailto:info@mainzahnarzt.de)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Sie medizinisch individuell betreuen zu können, bitten wir Sie um nachfolgende Auskünfte. Bitte geben Sie auch Ihre aktuellen Kontaktdaten an, damit wir Sie im Bedarfsfall rechtzeitig über Terminänderungen informieren können.

Nehmen Sie sich bitte die Zeit und füllen den Fragebogen sorgfältig aus. Alle Krankheiten können Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an uns, wir helfen gerne weiter.

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Strasse: ..... Wohnort: .....

Beruf: ..... Arbeitgeber: .....

Telefon privat: ..... dienstlich: ..... e-mail: .....

Krankenversicherung: ..... freiwillig versichert?  ja  nein  
Kostenerstattung?  ja  nein

Falls Familienversichert, Name und Geb.datum des Mitglieds: .....

Was ist der hauptsächliche Grund Ihres Besuchs? .....

Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung? .....

Ernährung  normal  gesund/ausgewogen  unausgewogen

Raucher  ja  nein

Wenn ja  5-10 Zigaretten p.T.  mehr als 10 Zigaretten p.T.

Bemerken Sie Kiefergelenksknacken oder knirschen Sie auf Ihren Zähnen?  ja  nein

Wenn ja  manchmal  oft

Haben Sie häufiger Kopfschmerzen?  ja  nein

Leiden Sie unter Mundgeruch  ja  nein

Wenn ja  manchmal  oft

Bemerken Sie Zahnfleischbluten?  ja  nein

Wenn Ja  manchmal  oft

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne rundum zufrieden?  ja  nein

Wenn nein, was stört Sie am meisten? .....

.....

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten elektronisch speichern und dabei alle gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz einhalten. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben auch der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

**Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen:**

1. Herz / Kreislauf

- angeborene oder erworbene Herzfehler     ja     nein
- Herzklappenfehler oder -prothese     ja     nein
- Endokarditis     ja     nein
- Herzoperationen     ja     nein
- Haben Sie einen Herzschrittmacher?     ja     nein
- Herzinfarkt / Angina pectoris     ja     nein
- Schlaganfall     ja     nein
- Zu hoher Blutdruck     ja     nein
- Zu niedriger Blutdruck     ja     nein
- Blutgerinnungsstörung     ja     nein
- Nehmen Sie gerinnungshemmende  
Medikamente ein (Marcumar, ASS100)?     ja     nein

2. Sonstige

- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)     ja     nein
- Schilddrüsenerkrankung     ja     nein
- Lebererkrankung     ja     nein
- Nierenerkrankung     ja     nein
- Magen-Darm-Erkrankung     ja     nein
- Erkrankung der Atemwege (z.B. Asthma)     ja     nein
- Nervenleiden     ja     nein
- Epilepsie     ja     nein
- Rheumatismus     ja     nein
- Infektionskrankheiten (AIDS, Hepatitis)     ja     nein
- Sonstige Erkrankungen     ja     nein    welche? .....

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass unsere Behandlungsstühle nur bis zu einem Körpergewicht von 130 kg belastbar sind. Bei höheren Belastungen können wir nicht für Ihre Sicherheit garantieren und müssen eine Behandlung zu Ihrem eigenen Schutz ablehnen. Sprechen Sie uns ggf. darauf an.

3. Allergien

- Reagieren Sie allergisch auf
- Penicillin     ja     nein
- Jod     ja     nein
- Latex     ja     nein
- Bestimmte Lebensmittel     ja     nein    Welche? .....
- Bestimmte Arzneien     ja     nein    Welche? .....

Besitzen Sie einen Allergiepass     ja     nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass     ja     nein

Falls nein, möchten Sie einen  
ausgestellt bekommen?     ja     nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?     ja     nein  
Welche? .....  
.....  
.....

Haben Sie die Spritze bei der Zahnbehandlung bisher gut vertragen?     ja     nein

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass nach einer örtlichen Betäubung Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein kann.

Hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?     ja     nein

Bei Frauen: Sind Sie schwanger?     ja     nein

Wenn ja, in welchem Monat    .....

Name und Anschrift des Hausarztes: .....

.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  auf Empfehlung von .....  
 durch unser Plakat  Telefonbuch/ Gelbe Seiten  
 durchs internet .....  
 durch unsere homepage [www.mainzahnarzt.de](http://www.mainzahnarzt.de)

Was wären Ihre bevorzugten Terminwünsche?  egal  Mo  Di  Mi  Do  Fr  
 früh  mittags  spät (ab ..... Uhr)

.....

Wären Sie, falls angezeigt, an einer die zahnärztliche Behandlung unterstützenden homöopathischen Therapie interessiert?  ja  eventuell  nein

Möchten Sie von uns an Kontrolltermine erinnert werden (Recall)?  ja, per SMS  ja, per email  
(Dieser Service ist für Sie natürlich kostenlos und unverbindlich)  ja, per Post  nein

Wir führen unsere Praxis ausschließlich als Bestellpraxis. Dies verringert unnötig lange Wartezeiten. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei wiederholten unentschuldigtem Nichteinhalten von Terminen behalten wir uns vor, Ihnen unseren Verdienstaufschlag (in der Regel 90 Euro je 30 min) in Rechnung zu stellen. Gerne informieren wir Sie per SMS über Ihren anstehenden Termin. Geben Sie uns hierfür bitte Ihre Mobilfunknummer an.

Um das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Zahnarzt nicht zu belasten und datenschutzrechtliche Aspekte zu schützen bitten wir folgendes zu beachten:

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen Zahnarzt und Patient getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, dürfen vom Patienten/Zahlungspflichtigen weder abgetreten noch verpfändet werden §399 Satz 1 BGB.

Frankfurt am Main, den .....

.....  
Unterschrift des Zahlungspflichtigen