

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb.am</span>						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status	
Vertragszahnarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

Dr. med. dent.  
**Ladislav Mann**  
- Zahnarzt -



*Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei evtl. Fragen helfen wir gerne. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen bitten wir uns umgehend mitzuteilen.*

Name  Vorname  geb.

Wohnort  Straße  Nr.

Beruf  Arbeitgeber

Tel.  Tel. berufl.  Fax

Versicherung

Ihr Hausarzt  Tel.

Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

### Ihr Hauptanliegen:

#### Kontrolluntersuchung:

	Ja	Nein
Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten, Zahnfleischreizung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Zahnfarbe Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen Sie mit den Zähnen (v.a. Nachts)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

#### Prophylaxeprogramm:

	Ja	Nein
Professionelle Zahnreinigung mit Politur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleichen der Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versiegelung der Zähne Ihrer Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfarbene Keramikfüllungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochwertiger Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Betrifft Teil- und Vollprothesen

	Ja	Nein
Sind Sie mit dem Halt Ihrer Prothese zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Prothese zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie alt ist Ihr Zahnersatz?	ca. <input type="text"/>	
Wünschen Sie Informationen über Behandlungsalternativen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wünschen Sie eine Beratung über Implantate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Medizinische Befunderhebung:

#### Haben oder hatten Sie folgende

Erkrankungen:	Ja	Nein	Ja	Nein
Blutdruck hoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	niedrig	<input type="checkbox"/>
Herzkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Immunschwäche (HIV/Aids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Magen-Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Künstl.Bluter (Marcumar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Allergien, Allergiepass welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Medikamente welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Medikamentenallergie welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft, Monat <input type="text"/>				
Bestehen zur Zeit sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

Datum

Unterschrift