



Dr. Sabine Mensing

Zahnärztin

Schenk mir Dein Lächeln!

Ihr Wohlbefinden liegt uns am Herzen. Deshalb möchten wir Ihre Wünsche, Vorstellungen und Ansprüche kennen lernen. So können wir Sie von Beginn an optimal betreuen.

Wir sind daher dankbar, wenn Sie sich ein paar Minuten Zeit für uns nehmen und den folgenden Patientenbogen ausfüllen. Wir freuen uns, Ihnen im Anschluss unser umfangreiches Leistungsspektrum vorstellen zu dürfen.

Hiermit versichern wir, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Betreuung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Bitte beachten Sie unsere aktuelle Datenschutzrichtlinie unter www.zahnarzt-mensing.de oder sprechen Sie uns einfach an. Ich bin mit der Weitergabe meiner Behandlungsunterlagen (z.B. Röntgenbilder oder Befunde) an mitbehandelnde Praxen einverstanden.

Bitte geben Sie jegliche Änderung vor einer Behandlung an!

Patient	Rechnungsempfänger (Bitte ausfüllen, wenn die Rechnung nicht an den Patienten geht)
Name _____	Name _____
Vorname _____	Vorname _____
Straße _____	Straße _____
PLZ, Wohnort _____	PLZ, Wohnort _____
Geburtsdatum _____	Geburtsdatum _____
Telefon privat* _____	Telefon privat * _____
dienstl.* _____	dienstl.* _____
Mobil* _____	Mobil* _____
E-Mail* _____	E-Mail* _____
Beruf * _____	Beruf* _____
Arbeitgeber* _____	Arbeitgeber* _____

* freiwillige Angaben

Gesetzliche Krankenkasse: _____ private Versicherung Beihilfe private Zahnzusatzversicherung

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Freunde, Bekannte, Familie: wenn ja, wer? _____ Google Google-Anzeige Instagram Facebook

Was wünschen Sie sich von der Behandlung in unserer Praxis?

Aktuell: _____

Langfristig: _____

Wie lange liegt Ihr letzter Zahnarztbesuch zurück? Welche zahnärztlichen Maßnahmen wurden getroffen bzw. besprochen?

Würden Sie sich als „Angstpatient“ bezeichnen? Ja Nein

Besteht Interesse an Behandlung unter Lachgassedierung? Ja Nein

Was ist Ihnen im Zusammenhang mit Ihrer zahnärztlichen Betreuung besonders wichtig?

Sind Sie interessiert an Leistungen, die qualitativ hochwertig sind, auch wenn diese über die Kassenleistung hinausgehen?

ja nein

Sind Sie an ästhetischen Veränderungen interessiert?

Ja, ich empfinde die Farbe meiner Zähne unattraktiv und bin an einer Aufhellung meiner Zähne interessiert.

Ja, mich stört das Aussehen von Füllungen und Zahnersatz in meinem Mund.

Ja, die Stellung meiner Zähne empfinde ich als nicht optimal.

Ja, meine Zahnlücken stören mich.

Sonstiges: _____

Bitte beachten Sie auch die Rückseite!

zahnärztliche und allgemeinmedizinische Anamnese

Bisheriger Zahnarzt (Anschrift/Telefon)			_____					
Hausarzt (Anschrift/Telefon)			_____					
Heilpraktiker (Anschrift/Telefon)			_____					
_____			_____					
	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Herzerkrankungen/infarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrank)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaukom (Grünerstar) Vitrektomie (Glaskörper- Entfernung, Augen-OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiologische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicillinallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisphosphonaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV / Hepatitis positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma / Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRSA/ MRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Latexallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen oder Allergien _____								
Schwangerschaft (bitte vor jeder Behandlung angeben)				Ja <input type="checkbox"/>				
Haben Sie eine Pflegestufe?				Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welche _____				
Sind oder waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung?				Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Zeitraum: _____				
Geräusche im Kiefergelenk- und Ohrbereich				Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
Tragen Sie eine Knirscherschiene?				Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja, seit _____				
Sonstige Beschwerden im Kopfbereich: _____								
Welche Medikamente nehmen Sie z.Z.? _____								
Wann wurden Ihre Zähne zuletzt geröntgt? _____								
In welcher Praxis oder Klinik? _____								

Ist Ihnen aufgefallen, dass...

- Ihr Zahnfleisch (häufiger) blutet?
- Ihr Zahnfleisch zurückweicht bzw. Ihnen Ihre Zähne länger erscheinen als sonst?
- Ihre Zähne gewandert sind oder gelockert erscheinen?
- sich bei Ihnen schnell Zahnstein bildet?
- sich Ihre Zähne schnell verfärben?

Sind Sie interessiert an Maßnahmen zur Karies- und Parodontitisvorbeugung (Prophylaxe)? ja nein

Sind Sie interessiert an unseren telefonischen Recall für die halbjährliche Kontrolluntersuchung? ja nein

Hinweis zur zahnärztlichen Lokalanästhesie: Um Ihnen eine möglichst schmerzfreie Behandlung ermöglichen zu können, ist ggf. eine Betäubung notwendig. Hierbei ist zu beachten, dass es in seltenen Fällen zu Nervenschädigungen, Hämatomen, allergischen Reaktionen oder Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit kommen kann.

Eine zahnärztliche Behandlung findet nach vorheriger Anmeldung statt. Sollten Sie zu einem vereinbarten Termin verhindert sein, bitten wir darum, uns spätestens 24 Stunden vorher zu informieren.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine privat in Rechnung stellen können.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum: _____

Unterschrift: _____