



**Zentrum für private
Zahnheilkunde**

**Dr. Martin Desmyttère Msc, Msc
& Kollegen**

Theatinerstr 46
80333 München
Fon 089 346997
Fax 089 452457729

dr.desmyttère@smileforever.de

ANMELDUNG

Patient

Vorname _____

Name _____

Geb.-Datum _____

Anschrift _____

PLZ/Ort _____

Telefon/Fax _____ Mobil _____

E-Mail _____ @ _____

Beruf _____

Geschäftliche Adresse _____

Telefon/Fax _____

Versicherung: _____

Versicherter (bei Minderjährigen)

Vorname _____ Name _____ Geb. Datum _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Folgendes bitte beantworten! Bestehen ...

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen** Ja Nein
z.B. Herzinfarkt - Herzfehler - Herzschrittmacher - Endokarditis _____
- Infektionskrankheiten** Ja Nein
z.B. Hepatitis - HIV - TBC - Borreliose _____
- Erkrankungen des Bewegungsapparats** Ja Nein
z.B. Halswirbel - Brustwirbel - Bandscheibe _____
- Stoffwechselerkrankungen** Ja Nein
z.B. Diabetes - Schilddrüse _____
- Bluterkrankungen** Ja Nein
z.B. Blutbild - Gerinnungsstörungen - Hb (*Anämie*) _____
- Gefäßerkrankungen** Ja Nein
z.B. Thrombose - Durchblutungsstörungen _____
- Hauterkrankungen** Ja Nein
z.B. Herpes - Psoriasis (*Schuppenflechte*) _____
- Schleimhauterkrankungen** Ja Nein
z.B. Candida-Infektion - Lichen planus _____
- Respiratorische Erkrankungen** Ja Nein
z.B. Stirnhöhle - Kieferhöhle - Kehlkopf - Bronchien _____
- Magen-Darmerkrankungen** Ja Nein
z.B. Speiseröhre - Leber - Galle - Bauchspeicheldrüse _____
- Allergien** Ja Nein
z.B. Penicillin - Asthma - Latex - Überempfindlichkeit gegenüber Medikamenten

- Tumorerkrankungen (Nehmen Sie Biophosphate ein?)** Ja Nein _____
- Rheumatische Erkrankungen** Ja Nein _____
- Klaustrophobie (u.a. Würgereiz bei Abformung)** Ja Nein _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

Leiden Sie unter akuten Beschwerden im Zahn-, Mund-, Kieferbereich?

Ja Nein

Können Sie alles essen und trinken?

Ja Nein

Leiden Sie an Mundgeruch?

Ja Nein

Benutzen Sie Zahnseide?

Ja Nein

Wünschen Sie eine professionelle Zahnreinigung?

Ja Nein

Möchten Sie in unserem Recallsystem aufgenommen werden?

Ja Nein

Welche Behandlung ist in letzter Zeit bei Ihnen durchgeführt worden?

Wie oft sind Sie in den letzten 1-2 Jahren geröntgt worden? (Computertomographie)

Zur besseren Darstellung Ihrer Gebißsituation fertigen wir Fotos von Ihren Zähnen an. Mit der Verarbeitung der Fotos für Praxiszwecke erkläre ich mich einverstanden.

Hinweis

Die Abrechnung (Leistungseingabe/Controlling und Rechnungsvorbereitung) erfolgt durch unseren externen Dienstleister Fa. Projekt-Service Karl Hauser GmbH, Ungererstraße 112, 80805 München. Mit der Verarbeitung der Daten erkläre ich mich einverstanden.



Leiden Sie öfter unter Kopf-, Nacken- oder Kiefergelenksschmerzen?

Ja Nein

Bleiben häufig Speisereste zw. den Zähnen hängen?

Ja Nein

Haben Sie Zahnfleischbluten?

Ja Nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?

Ja Nein

Sind Sie mit Farbe, Form und Stellung Ihrer Zähne zufrieden?

Ja Nein

Rauchen Sie? (Wenn ja, wie viel?)

Ja _____ Nein

Nehmen Sie Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche (*allopathisch, homöopathisch*)?

Sind Sie schwanger?

Ja Nein

Ort/Datum

Unterschrift Patient