

Herzlich Willkommen in unserer Praxis,

Sie haben sich entschieden, regelmäßige professionelle Zahnreinigungen bei sich durchführen zu lassen. Um sie individuell über die Möglichkeiten der Zahnpflege aufklären zu können, benötigen wir vorab einige Angaben. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Zahnreinigung.

Patient

(Herr/Frau/Kind)	Name	Vorname	geb.
Straße/Hausnummer		Telefon dienstlich/privat	
Postleitzahl	Ort	e-mail Adresse	
Beruf	Arbeitgeber		

Durch wen wurden Sie an unsere Praxis empfohlen?

Sehr geehrter Patient,

sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren. Setzen Sie uns über Ihre Verhinderung nicht rechtzeitig in Kenntnis, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Falle eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (§§ 615 / 280 BGB).

Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Termin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Mit der Erfassung und Bearbeitung meiner Daten gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten und / oder gesetzlichen Vertreter

individual
prophylaxe

bei uns professionell

Wir verstehen uns als eine moderne zahnärztliche Praxis. Das heißt ein Teil unserer Behandlungsstrategie ist die Durchsetzung eines umfangreichen Prophylaxekonzeptes. Wir sehen den Sinn nicht nur in der Behandlung von schon bestehenden Erkrankungen, sondern deren Vorbeugung. Weiterhin ist die Prophylaxe notwendig für unsere gesamte Behandlung.

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um folgende Angaben

1. Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen? Ja Nein
2. Wie oft täglich putzen Sie Ihre Zähne? 1x 2x 3x mehr als 3x
3. Putzen Sie mit einer Handzahnbürste oder mit einer elektrischen Zahnbürste? Hand elektrisch
4. Welche Stärke der Zahnbürste verwenden Sie? weich mittel hart
5. Wechseln Sie regelmäßig Ihre Zahnbürste?
Wenn ja, wie oft? _____ Ja Nein
6. Welche Zahnpaste nutzen Sie? _____
7. Nutzen Sie Zahnseide, oder Zwischenraumbürstchen?
Wenn ja, wie oft? _____ Ja Nein
Wie kommen Sie damit zu recht? sehr gut gut schlecht gar nicht
8. Spülen Sie täglich mit einer Mundspüllösung?
Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
9. Reinigen Sie regelmäßig Ihre Zunge? Ja Nein
10. Benutzen Sie eine Zahndusche? Ja Nein
11. Putzen Sie regelmäßig mit Elmex-Gelee (mind. 1x / Woche)? Ja Nein
12. Massieren Sie Ihr Zahnfleisch mit einer weichen Zahnbürste? Ja Nein
13. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja Nein
14. Leiden Sie unter kälteempfindlichen Zähnen? Ja Nein
15. Rauchen Sie? Ja Nein
16. Trinken Sie viel Kaffee und / oder schwarzen Tee? Ja Nein
17. Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? Ja Nein
18. Welche Musikrichtung bevorzugen Sie? Charts Klassik Rock/Pop Schlager
19. Möchten Sie in unserem Recall-System aufgenommen werden? Nein 3 Monate 6 Monate
20. Wie möchten Sie erinnert werden? Post eMail Telefon
21. Zu welcher Tageszeit sind Sie am besten zu erreichen? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten und / oder gesetzlichen Vertreter