



Praxis für gesunde Zähne  
Dr. Michael Holzem & Kollegen

## Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Michael Holzem

### Ganzheitliche Zahnheilkunde – Implantologie – Parodontologie

#### Patienteninformationen:

Name:	Handy:
Vorname	Beruf:
Geburtsdatum:	Arbeitgeber:
Adresse:	Krankenkasse:
Telefon:	Pflichtversichert <input type="checkbox"/> // Privatversichert <input type="checkbox"/>
E-Mail:	Zusatzversicherung:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

#### Was führt sie zu uns?

Haben sie Zahnschmerzen? \_\_\_\_\_

Haben Sie Zahnfleischbluten? \_\_\_\_\_

Sind ihre Zähne gelockert? \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen oder Geräusche im Kiefergelenk? \_\_\_\_\_

Wünschen sie eine Verbesserung Ihrer Zahnästhetik? \_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse an einem Prophylaxe-Programm, welches hilft Ihre Mundhöhle vor Erkrankungen zu schützen? \_\_\_\_\_

Möchten Sie an Ihre Vorsorge-untersuchung erinnert werden? \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse wahrheitsgemäß,  
wir unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Ich bestätige, dass ich alle vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen korrekt getätigt habe:

Bornheim, den: \_\_\_\_\_

## Anamnese:

Haben Sie Allergien? Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

Nehmen sie Medikamente ein? Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? \_\_\_\_\_

Haben Sie Herz/Kreislaufferkrankungen? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Infektionskrankheiten? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Diabetes? \_\_\_\_\_

Haben sie sich einer medizinischen Strahlentherapie unterziehen müssen? \_\_\_\_\_

Hatten Sie eine Chemotherapie? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Osteoporose? \_\_\_\_\_

Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter einer Magen-/Darm-/Nierenerkrankung? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Leberinsuffizienz? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel ca.? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Asthma? \_\_\_\_\_

Haben Sie andere Erkrankung? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

Wurden sie innerhalb der letzten 24 Monate zahnärztlich geröntgt? \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse wahrheitsgemäß,

wir unterliegen der ärztlichen Sicheigepflicht!

Ich bestätige, dass ich alle vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen korrekt getätigt habe:

Bornheim, den: \_\_\_\_\_