

# Herzlich Willkommen!

**Wir freuen uns, Sie in der DiWi-Praxis begrüßen zu dürfen.**

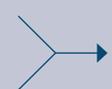
Um die Behandlung ideal auf Ihre persönliche Situation abzustimmen, füllen Sie bitte unseren Fragebogen vollständig aus. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Ihre Daten

Patient: Name		Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Beruf		Arbeitgeber	
Telefon	Mobil	E-Mail	

Versicherter: Name		Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> V An wen dürfen wir Ihre Rechnung schicken?

## Versicherungsart

<input type="checkbox"/> Privat	 _____ Versicherung / Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Beihilfe
<input type="checkbox"/> Kasse		<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Freunde	Internet	SocialMedia	Vorträge
Überweisung:	<input type="checkbox"/> Allg <input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> Kardio <input type="checkbox"/> Neuro <input type="checkbox"/> Physio <input type="checkbox"/> Psycho <input type="checkbox"/> Pulmo <input type="checkbox"/> Ortho <input type="checkbox"/> Osteo <input type="checkbox"/> Teamarzt <input type="checkbox"/> Trainer <input type="checkbox"/> Umwelt	_____ Praxisname	

## Welche Art der Behandlung wünschen Sie?

Gesamttherapie  
  Akute Schmerzen  
  2. Meinung  
  Leistungsoptimierung

## Bitte beraten Sie mich über:

<input type="checkbox"/> Prävention	<input type="checkbox"/> Störfeld Analyse	<input type="checkbox"/> Prof. Zahnreinigung	<input type="checkbox"/> Parodontitis Therapie	<input type="checkbox"/> Angst
<input type="checkbox"/> Amalgamsanierung	<input type="checkbox"/> Materialunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> CMD	<input type="checkbox"/> Kopf- & Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Detox
<input type="checkbox"/> Füllungen & Inlays	<input type="checkbox"/> Ästhetik & Bleaching	<input type="checkbox"/> 3D-Diagnostik	<input type="checkbox"/> Zahnfehlstellungen	<input type="checkbox"/> Implantate

## Was ist Ihr Hauptanliegen?

\_\_\_\_\_

**Zutreffendes bitte ankreuzen!**

	Ja	Nein	Ergänzende Angaben
Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Überempfindliches Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Zahnfleischbehandlung (Parodontitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Zahnbewegungen (in den letzten 12 Monaten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alter:                      Note: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Wurzelfüllungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Metallgeschmack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Zahnabrieb (Knirschen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Kopf- & Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Nasennebenhöhlenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monat: .....
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Atemnot .....
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> Schlaganfall
Schrittmacher / Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Blutdruckerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hoch <input type="checkbox"/> Niedrig .....
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Infektionserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Herpes .....
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> Dialyse .....
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Tabakkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zigaretten/Tag: .....
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Frühere Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Probleme bei Behandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Behandlungsangst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Letzte Behandlung: .....			.....

**Was ist Ihnen bei der Behandlung besonders wichtig?**

\_\_\_\_\_

**Hinweise**

Durch das DiWi-Terminsystem entstehen im Regelfall keine oder nur kurze Wartezeiten. Ihr Termin ist eine **verbindliche Vereinbarung**. Da wir für Sie eine ganz bestimmte Zeitdauer reservieren, bitten wir Sie, Ihre Termine pünktlich einzuhalten. Wir bestätigen Ihren Termin zusätzlich einen Tag vorher.

**Bitte beachten Sie:** Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig, jedoch **spätestens 24 Stunden vorher** ab. Andernfalls müssen wir Ihnen ausgefallene Termine in Rechnung stellen, so wir keinen Ersatzpatienten einbestellen können. Für alle Ansprüche, die sich aus oder aufgrund der zahnärztlichen Behandlung ergeben wird als **ausschließlicher Gerichtsstand Köln** vereinbart.

Bitte teilen Sie uns **Veränderungen** Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer persönlichen Daten oder Ihrer Versicherung unaufgefordert mit. Ich willige ein, dass ich über anstehende Behandlungen und Termine per **Telefon, Email & Post** informiert werde.

**Ich bestätige vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben und bin mit den Vereinbarungen einverstanden.**

**Einwilligung**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift