

Wurden Sie jemals an den Nasennebenhöhlen (z. B. Kieferhöhle) operiert?  
Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat (z. B. Halswirbelsäule)?  
Sonstige für Ihre Behandlung relevante Angaben:

Ja  Nein  
 Ja  Nein

---

### Zahn-Mund-Situation

Haben Sie Beschwerden wie...

Zahnschmerzen  Ja  Nein  
Zahnfleischbluten  Ja  Nein  
Geräusche im Kiefergelenk  Ja  Nein  
Kopf- oder Nackenschmerzen?  Ja  Nein

Tragen Sie Zahnersatz?

Ja  Nein

Wenn ja, seit wann \_\_\_\_\_

Lehnen Sie Amalgam grundsätzlich ab?

Ja  Nein

Kennen Sie die *Professionelle Zahnreinigung*?

Ja  Nein

Verwenden Sie außer der Zahnbürste weitere Mund- oder Zahnpflegemittel? Wenn ja, welche?

---

### Wünschen Sie eine gezielte Beratung über

- Bleaching/Zahnaufhellung
- Kinderprophylaxe
- Amalgamaustausch
- Professionelle Zahnreinigung
- \_\_\_\_\_

---

### Ein letzte Frage...

Verraten Sie uns bitte, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam wurden?

---

### Wichtiger Hinweis

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt. Aus datenschutzrechtlichen Gründen bestätigen Sie uns bitte:

Ich stimme einer Speicherung meiner Daten ausdrücklich zu.

Sollten während meines Behandlungszeitraumes Änderungen eintreten, informiere ich Sie umgehend.

---

Ort, Datum

Unterschrift