

DR. MED. DENT. MSc  
**ALEXANDRA ORDELHEIDE**  
ZAHNÄRZTIN

DR. MED. DENT.  
**KARSTEN ORDELHEIDE**  
ZAHNARZT

DR. MED. DENT.  
**MICHAEL BONSE**  
ZAHNARZT

DR. MED. DENT.  
**NINA KLAHOLZ**  
ZAHNÄRZTIN



**GIEVENBECK**  
Potstiege 3  
48161 Münster  
0251.861842  
gievenbeck@dr-ordelheide.de

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

### PATIENTENDATEN

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Wer ist Versicherter?

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### KREUZVIERTEL

Wichernstraße 22  
48147 Münster  
0251.272043  
kreuzviertel@dr-ordelheide.de  
k

Für Privatversicherte: Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass unsere Rechnungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstellt werden. Mit unten stehender Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden.

### ANAMNESE

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe / haben Sie Allergien  
Welche? \_\_\_\_\_ ja [ ] nein [ ]

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? \_\_\_\_\_ ja [ ] nein [ ]

Bluten Sie lange nach Verletzungen? ja [ ] nein [ ]

Haben oder hatten Sie eine ansteckende Erkrankung (Hepatitis, TBC, HIV etc.)? ja [ ] nein [ ]

Sind sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? \_\_\_\_\_ Woche ja [ ] nein [ ]

Rauchen Sie? ja [ ] nein [ ]

Haben Sie sonstige Erkrankungen? Welche? \_\_\_\_\_ ja [ ] nein [ ]

Ihr Hausarzt ist: Dr. \_\_\_\_\_

Haben Sie Zahnfleischbluten? ja [ ] nein [ ]

Wann fand die letzte Röntgenuntersuchung oder Untersuchung mit anderen bildgebenden Verfahren statt?  
\_\_\_\_\_

Benutzen sie andere Mundhygienemittel außer Zahnbürste und Zahnpasta? ja [ ] nein [ ]

Welche? \_\_\_\_\_

Sind ästhetisch schöne Zähne für Sie wichtig? ja [ ] nein [ ]

Möchten sie einen Termin für die nächste Untersuchung direkt vereinbaren? ja [ ] nein [ ]

Oder möchten sie erinnert werden per [ ] Telefon [ ] SMS [ ] e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung [ ] \_\_\_\_\_ Praxisschild [ ] Telefonbuch [ ] Internet [ ]

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Vielen Dank!

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient