



Patient

Name Vorname geb. am

Straße und Nr. PLZ und Ort

E-Mail Telefon, mobil Telefon privat

Beruf Arbeitgeber

Ihre Krankenkasse/Privatkrankenkasse

Zusatzversicherung Ja Nein
Beihilfeberechtigt Ja Nein

Versicherter/Zahlungspflichtiger

Name Vorname geb. am

Straße und Nr. PLZ und Ort

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung von Herrn / Frau / Freunden Internet Sonstiges

Zahn-Mund-Situation

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?
.....

	Ja	Nein		Ja	Nein
Zahnfleischbluten / Zahnfleischrückgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne - kurz: mit Ihrem Lächeln zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geräusch im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen / Kauen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie Interesse an einer intensiven Vorsorge gegen Karies / Zahnfleischrückgang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen am Kopf / Nacken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie Angst vor einer Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

.....
Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt

Damit Sie nicht selbst an Ihren nächsten Vorsorgedienst denken müssen, haben wir zu Ihrer Entlastung einen Erinnerungsdienst eingerichtet. In regelmäßigen Abständen benachrichtigen wir Sie darüber, dass eine erneute Untersuchung fällig ist.

Ich möchte am Erinnerungsdienst teilnehmen. Ja Nein

.....
Datum, Unterschrift