

Anmeldebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinische Behandlung unterhalten, benötigen wir neben allgemeinen Angaben auch Informationen über den Gesundheitszustand. Dies ist wichtig, da auch Allgemeinerkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können.
Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht unserer Praxis.

Name des Patienten

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift _____

Name des Versicherten

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift _____

Telefonnummer privat _____ dienstlich _____

Telefonnummer mobil _____ E-Mail _____

Beruf _____

Krankenkasse _____

Hausarzt

Name _____ Telefon _____

Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Wann war die letzte Zahnbehandlung? _____

Wann wurden Sie das letzte Mal beim Zahnarzt geröntgt? _____

Haben Sie des Öfteren Zahnfleischbluten? Ja Nein

Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden? Ja Nein

Sind Sie mit der Ästhetik / Farbe Ihrer Zähne zufrieden? Ja Nein

Sind Sie mit dem Aussehen und der Funktion Ihrer Zähne / Zahnersatzes zufrieden? Ja Nein

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Kariesvermeidung | <input type="radio"/> Zahnfleischentzündung |
| <input type="radio"/> Zahnfarbene Füllungsmaterialien | <input type="radio"/> Zahnersatz |
| <input type="radio"/> Implantate | <input type="radio"/> Ästhetische Zahnheilkunde |
| <input type="radio"/> Prophylaxe | <input type="radio"/> Kieferorthopädie |



