



Herzlich willkommen in unserer Praxis

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand angepasst werden kann, bitten wir um die Beantwortung nachfolgender Fragen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und DS GVO!

Nachname: _____ **Vorname:** _____
Geb. Datum: _____ **Beruf:** _____
Strasse: _____ **Arbeitgeber:** _____
PLZ, Ort: _____ **Telefon:** _____
E-Mail: _____ **Handy:** _____

Krankenkasse / Versicherung: _____ *Zutreffendes bitte ankreuzen:*

gesetzlich bei _____ Zusatzversicherung Ja Nein
privat bei _____ Beihilfe

Bei Familienversicherung abweichende Angaben des Versicherten / Zahlungspflichtigen:

Name: _____ **Vorname:** _____
Geb. Datum: _____ **Telefon:** _____
Ges. Betreuer: _____ **Handy:** _____

Falls gesetzlicher Betreuer ➔ Behandlungsauftrag

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet (Homepage) Bewertungsportal
persönliche Empfehlung sonstiges

Welche Behandlungsnotwendigkeit sehen Sie? _____
Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____

Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen? Ja Nein

Wünschen Sie eine Behandlung unter Narkose oder Dämmerschlaf? Ja Nein

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen / Zahnbeschwerden? Ja Nein

Knackt oder schmerzt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen? Ja Nein

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Lächeln? sehr zufrieden 1 2 3 4 5 6 unzufrieden

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? Ja Nein

Sind Sie mit der Stellung Ihrer Zähne zufrieden? Ja Nein

Ihr Behandlungswunsch



Am wichtigsten ist mir: Funktion Ästhetik Langlebigkeit

Vorsorge / Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/>	Implantate	<input type="checkbox"/>
Parodontitis-Behandlung	<input type="checkbox"/>	Zahnästhetik	<input type="checkbox"/>
Zahnfarbene Kunststofffüllungen	<input type="checkbox"/>	Bleichen / Bleaching	<input type="checkbox"/>
Vollkeramik (Kronen / Inlays)	<input type="checkbox"/>	Zahnstellungskorrekturen (Invisalign)	<input type="checkbox"/>
Versorgung von Zahnlücken	<input type="checkbox"/>	Schnarchschiene	<input type="checkbox"/>

