

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken. Wir möchten Ihnen Ihren Besuch so angenehm wie möglich gestalten. Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Bitte teilen Sie uns auch künftig alle Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!
Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Angaben zur Person

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße, Hausnummer _____
PLZ, Ort _____
Telefon privat _____
Telefon tagsüber _____
e-Mail _____
Beruf, Arbeitgeber _____

Bei Familienversicherung

Name, Vorname des Versicherten _____
Geburtsdatum _____
ggf. abweichende _____
Anschrift des Versicherten _____

Krankenversicherung, Rechnungsstellung

Private Krankenversicherung _____
Beihilfe ja nein Zusatzversicherung ja nein
Rechnungsempfänger _____
ggf. abweichende Anschrift _____

Behandelnde Ärzte/Zahnärzte

Ihr Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon):

Wer hat Sie zu uns überwiesen / empfohlen?

Ggf. Ihr vorhergehender Zahnarzt (Name, Anschrift, Telefon):

Wurden Sie im Zahn- bzw. Kopfbereich schon einmal geröntgt?
ja nein Wenn ja, wann? _____

Bitte Rückseite beachten!

