

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich Willkommen in unserer Praxis

Bitte füllen Sie die folgenden Informationen für unsere Unterlagen nach bestem Gewissen aus. Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Patient: Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

Versicherter: Nachname

Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

Krankenkasse* / Versicherung

E-Mail

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Privat versichert - im Basistarif

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Ja

Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt?

Ja

Nein

Hausarzt

Überwiesen von / empfohlen durch

Befinden Sie sich aktuell in Behandlung bei einem Manualtherapeut,
Osteopath, Heilpraktiker oder anderen Fachärzten?

Ja

Nein

Wenn Ja, wo genau: _____

*Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Krankenkassenkarte/GKV Karte nicht zum Termin vorgelegt wird

Ich habe das folgende Anliegen:

- Routineuntersuchung / Kontrolle
- Individualprophylaxe/professionelle Zahnreinigung
- Ich habe aktuell Beschwerden: Welche und seit wann:
- Sonstiges: _____

Ich wünsche eine besondere Beratung hinsichtlich:

- Kariestherapie
- Parodontosebehandlung
- Implantate
- Zahnersatz
- Schnarchtherapie
- Sonstiges: _____
- Kiefergelenkserkrankung/-behandlung
- Ästhetische Zahnheilkunde
- Sportzahnmedizin
- Amalgamentfernung

- Leiden Sie an Zahnfleischbluten? Ja Nein
- Haben Sie Kopfschmerzen / Migräne? Ja Nein
- Knirschen Sie im Schlaf mit den Zähnen? Ja Nein
- Wurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt? Ja Nein
- Gibt es aktuelle Röntgenbilder aus den letzten 12 Monaten? Ja Nein

Falls Ja, kontaktieren Sie bitte unsere Anmeldung, sollten diese angefordert werden können.