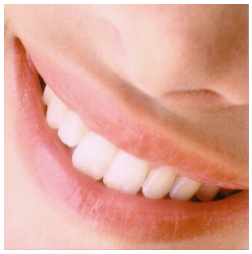

Dr. Mario Schmitt
Zahnarztpraxis

Patienten-Anmeldung

Name, Vorname (**Patient**)

Geb.-Datum Beruf

Telefon (tagsüber) Handy-Nr.

Straße / Nr. PLZ / Ort

Name, Vorname **(Mitglied)** Geb.-Datum

Straße / Nr. PLZ / Ort

Dürfen wir Ihnen ein wenig „auf den Zahn fühlen“ ?

Warum kommen Sie in unsere Praxis ? Was ist Ihr Hauptanliegen ?

○ Routineuntersuchung ○ Schmerzbeseitigung ○ Gebißsanierung

Behandlungswunsch

Auf wessen Empfehlung kommen Sie ?

Ich möchte nähere Informationen über:

○ Weiße Zähne ○ Keramik-Füllungen ○ Kunststoff-Füllungen ○ Vollnarkose-Behandlung ○ Kiefergelenksbehandlung
○ Neue Protesen ○ Amalgam-Entfernung ○ Implantat-Versorgung ○ Festsitzenden Zahnersatz ○ Gesundes Zahnfleisch

Sind Sie daran interessiert Ihre Zähne möglichst lebenslang zu erhalten ?

○ ja, unbedingt
○ kommt auf den Aufwand an
○ nicht unbedingt

Was erwarten Sie hierbei von Ihrem Zahnarzt ?

○ hochwertige Arbeit mit Garantie
○ regelmäßige Kontrolle des Gebisses
○ Unterstützung bei eiogender Zahnpflege

Halten Sie sich anfällig für:

○ Karies ○ Paradontose ○ beides
○ kaum anfällig ○ normal anfällig
○ ja, sehr anfällig, vermutlich wird auch putzen nichts nützen

Regelmäßige Kontrolle

Um Ihre Zahngesundheit zu fördern und um Ihren erhöhten Zuschuss der Krankenkasse bei Zahnersatz zu sichern, können wir Sie auf Ihren Wunsch kostenlos alle 6 Monate per Postkarte an die notwendige Terminvereinbarung erinnern.

Ich wünsche diesen halbjährlichen Erinnerungsservice ○ ja ○ nein

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ? ○ ja ○ nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung ?

Wer ist Ihr Hausarzt oder Facharzt?

Name / Anschrift / Telefon

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ? ○ ja ○ nein

Wenn ja, gegen welche Krankheit / -en ?

Vielen Dank, für Ihre Mühe.

Datum Unterschrift / Patient