



Aufnahmefragebogen

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen!

Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen; bei eventuellen Fragen helfen wir gerne.

Name:	<i>falls Student o.ä., bitte Heimatanschrift angeben</i>
Vorname:	
PLZ., Wohnort:	PLZ., Wohnort:
Straße, Nr.:	Straße, Nr.:
Telefon – Nr.:	Telefon – Nr.:
Handy- Nr.:	
Geb.-Datum:	E-Mail Adresse:
privat zusatzversichert ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Beruf:	Arbeitgeber:
Hausarzt:	Telefon dienstlich:
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?	
Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin kostenlos erinnert werden? (Recall = Erinnerungsdienst) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wünschen Sie eine besondere Beratung über:	
<input type="checkbox"/> Karies – Risikotest	<input type="checkbox"/> Ästhetik (Bleichen, Zahnformveränderung, Lückenverkleinerung)
<input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/> Funktionsdiagnostik (Craniomandibuläre Dysfunktion CMD)
<input type="checkbox"/> zahnfarbene Füllungen	<input type="checkbox"/> Prothesenreinigung
<input type="checkbox"/> Amalgam – Alternativen	
<input type="checkbox"/> künstliche Wurzeln (Implantate)	
<input type="checkbox"/> festsitzender Zahnersatz auf Implantaten	

Bitte wenden

