



**Bitte diesen Fragebogen in Druckbuchstaben ausfüllen, bzw. das zutreffenden ankreuzen. Vielen Dank!**

NAME ..... VORNAME .....

STRASSE / HAUSNR. .... PLZ / ORT .....

GEBURTSTAG ..... TELEFON PRIVAT .....

BERUF ..... TELEFON DIENSTL. ....

E-MAIL ..... HANDYNUMMER .....

Ich bin mit einer kostenlosen Terminbestätigung über SMS einverstanden  JA  NEIN

Die E- Mailadresse dient ausschließlich der Korrespondenz mit Ihnen und wird nicht zu Praxiswerbezwecken verwendet oder an Dritte weitergegeben.

**Versicherung**

KRANKENKASSE .....

ZUSATZVERSICHERUNG .....

PRIVATVERSICHERUNG .....

BEIHILFE .....

HAUPTVERSICHERTER .....

Sind Sie überwiesen worden?  NEIN  JA, VON WEM? .....

Kommen Sie auf Empfehlung?  NEIN  JA, VON WEM? .....

**Weswegen kommen Sie heute in die Praxis, was wünschen Sie sich in Bezug auf Ihre Zähne?**

.....  
.....  
.....

Wurden in der letzten Zeit bei einem Zahnarzt oder Kieferchirurgen Röntgenbilder angefertigt?  JA  NEIN

Haben Sie einen Röntgenpass?  JA  NEIN

Wünschen Sie einen Röntgenpass?  JA  NEIN

**Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben:**

MÜNCHEN, DEN ..... UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN .....