



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen soll uns helfen, herauszufinden, mit welchen Wünschen oder Absichten Sie sich in unsere zahnärztliche Betreuung begeben wollen. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst genau, damit wir uns auf Ihre individuellen Besonderheiten einstellen und auch schon für den ersten Untersuchungstermin Vorbereitungen treffen können.

Sollten **aktuelle Röntgenbilder** Ihrer Zähne vorliegen, bringen Sie diese bitte mit. Wenn Sie uns rechtzeitig vor dem Termin in unserer Praxis den vorbehandelnden Zahnarzt angeben, fordern wir gerne die Röntgenbilder an. Name und Anschrift des vorbehandelnden Zahnarztes:

Welches ist Ihr Hauptanliegen?

Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

Wann und welcher Art war Ihre letzte Zahnbehandlung?

- | | |
|---|-----------------------------|
| Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen? | ja <input type="checkbox"/> |
| Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches, Zahnfleischbluten? | ja <input type="checkbox"/> |
| Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen/Gähnen? | ja <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen? | ja <input type="checkbox"/> |

Sonstige Beschwerden?

Wünschen Sie ergänzende Informationen über unsere Angebote:

- | | |
|---|-----------------------------|
| Zahnfarbene Keramikfüllungen? | ja <input type="checkbox"/> |
| Individualprophylaxe / Mundhygieneprogramm? | ja <input type="checkbox"/> |
| Karies-Vermeidung? | ja <input type="checkbox"/> |
| Ästhetische Zahnheilkunde? | ja <input type="checkbox"/> |
| Implantate? | ja <input type="checkbox"/> |
| Hochwertigen Zahnersatz? | ja <input type="checkbox"/> |
| Goldfüllungen? | ja <input type="checkbox"/> |
| Kiefergelenk-Behandlung? | ja <input type="checkbox"/> |
| Behandlung von Schnarchen und Schlafapnoe? | ja <input type="checkbox"/> |
| Parodontal-Behandlung? | ja <input type="checkbox"/> |
| Amalgam-Entfernung? | ja <input type="checkbox"/> |
| Quecksilber-Ausleitung? | ja <input type="checkbox"/> |
| Zahnbehandlungen mit Lachgas? | ja <input type="checkbox"/> |
| Homöopathische Begleittherapie? | ja <input type="checkbox"/> |
| Akupunktur? | ja <input type="checkbox"/> |
| Behandlung unter Hypnose? | ja <input type="checkbox"/> |

Sonstige Beratungswünsche:



Bitte wenden!