

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes mit!

Die Angaben sind wichtig für eine risikofreie Behandlung.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und des Arztgeheimnisses. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Herzlichen Dank !

Möchten Sie über höherwertige Behandlungen informiert werden, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzl. Krankenversicherung zählen? Ja Nein
Haben Sie eine Zusatzversicherung Ja Nein

Datum

Unterschrift

Ich wünsche eine Beratung zu

- Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
- hochwertige Füllungsmaterialien
- Amalgam Entfernung
- Zahnersatz
- metallfreier Zahnersatz
- Implantate
- Zahnaufhellung (Bleaching)
- unsichtbare Zahnspange (Aligner)
- Keramikverblendschalen (Veneers)

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

- Empfehlung durch (bitte Namen nennen): _____
- Internet Gelbe Seiten Sonstiges

Möchten Sie zur Terminvereinbarung für eine erforderliche Kontrolluntersuchung angeschrieben werden?

- Ja Nein 1/2 jährlich jährlich
- per E-Mail per Brief

Datum

Unterschrift

"Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.