

mainzahnarzt

Dr. Gregor Wallentin

Kostheimer Strasse 24
60326 Frankfurt am Main
Fon: 069 – 73 23 84
FAX:069 – 73 59 85
www.mainzahnarzt.de
www.main-zahnarzt.eu
Mail: info@mainzahnarzt.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Sie medizinisch individuell betreuen zu können, bitten wir Sie um nachfolgende Auskünfte. Bitte geben Sie auch Ihre aktuellen Kontaktdaten an, damit wir Sie im Bedarfsfall rechtzeitig über Terminänderungen informieren können.

Nehmen Sie sich bitte die Zeit und füllen den Fragebogen sorgfältig aus. Alle Krankheiten können Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an uns, wir helfen gerne weiter.

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:.....

Strasse: Wohnort:

Beruf: Arbeitgeber:

Telefon privat: dienstlich: e-mail:

Krankenversicherung: freiwillig versichert? ja nein
Kostenerstattung? ja nein

Besteht ein Pflegegrad oder beziehen Sie Eingliederungshilfe?

Falls Familienversichert, Name und Geb.datum des Mitglieds:

Was ist der hauptsächliche Grund Ihres Besuchs?

Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung?

Wann wurden zuletzt Röntgenbilder Ihrer Zähne angefertigt?

Wo?

Raucher ja nein

Wenn ja 5-10 Zigaretten p.T. mehr als 10 Zigaretten p.T.

Bemerken Sie Kiefergelenksknacken? ja nein Schnarchen Sie? ja nein

Wenn ja manchmal oft Fühlen Sie sich ausgeruht? ja nein

Knirschen Sie auf Ihren Zähnen? ja nein Schlafen Sie durch? ja nein

Wenn ja manchmal oft

Haben Sie häufiger Kopfschmerzen? ja nein

Leiden Sie unter Mundgeruch ja nein

Wenn ja manchmal oft

Bemerken Sie Zahnfleischbluten? ja nein

Wenn Ja manchmal oft

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne rundum zufrieden? ja nein

Wenn nein, was stört Sie am meisten?

.....

Bei Frauen: Sind Sie schwanger?

ja nein

Wenn ja, in welchem Monat

Name und Anschrift des Hausarztes:

.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? auf Empfehlung von

durch unseren Praxisflyer Telefonbuch

durchs internet

durch unsere homepage www.mainzahnarzt.de

Was wären Ihre bevorzugten Terminwünsche? egal Mo Di Mi Do Fr

früh mittags spät (ab Uhr)

.....

Wären Sie, falls angezeigt, an einer die zahnärztliche Behandlung unterstützenden homöopathischen Therapie interessiert? ja eventuell nein

Möchten Sie von uns an Kontrolltermine erinnert werden (Recall)? ja, per SMS nein

(Dieser Service ist für Sie natürlich kostenlos und unverbindlich)

Wir führen unsere Praxis ausschließlich als Bestellpraxis. Dies verringert unnötig lange Wartezeiten. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei wiederholten unentschuldigtem Nichteinhalten von Terminen behalten wir uns vor, Ihnen unseren Verdienstaufschlag (in der Regel 90 Euro je 30 min) in Rechnung zu stellen. Gerne informieren wir Sie per SMS über Ihren anstehenden Termin. Geben Sie uns hierfür bitte Ihre Mobilfunknummer an.

Um das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Zahnarzt nicht zu belasten und datenschutzrechtliche Aspekte zu schützen bitten wir folgendes zu beachten:

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen Zahnarzt und Patient getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, dürfen vom Patienten/Zahlungspflichtigen weder abgetreten noch verpfändet werden §399 Satz 1 BGB.

Frankfurt am Main, den

.....
Unterschrift des Zahlungspflichtigen