



Zahnarzt  
Dr. Ulrich Leiendecker

Augustastr. 3  
47441 Moers  
Telefon 0 28 41 - 1 81 80  
Telefax 0 28 41 - 1 81 61  
E-Mail info@zahnarzt-in-moers.de  
Internet www.zahnarzt-in-moers.de

### Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Damit wir Ihnen in allen Fragen der Zahngesundheit optimal zur Seite stehen können, bitten wir neben Ihren Personalien auch um Informationen über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Diese Angaben sind für eine fachgerechte medizinische Behandlung und Beratung wichtig.

**Nach einer Behandlung unter Anästhesie kann zum Beispiel Ihre Fahrfähigkeit eingeschränkt sein! Bitte sorgen Sie vorher dafür, dass Sie nach der Behandlung eine Person begleitet.**

#### Patient:

##### Frau/Herr/Kind

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

#### Versicherter

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

#### Anschrift

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

#### Beruf

\_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Tel. beruflich \_\_\_\_\_

#### Krankenkasse/Versicherung:

pflichtversichert    freiwillig versichert    privat versichert    private Zusatzversicherung

Möchten Sie von uns über neuere und bessere zahnmedizinische Versorgungsleistungen informiert werden, auch wenn diese Leistungen von Ihrer Krankenkasse nicht bzw. nur teilweise übernommen werden?

ja    nein

Wünschen Sie Informationen über

– unser Individualprophylaxeprogramm für Kinder

ja    nein

– unser Individualprophylaxeprogramm für Erwachsene

ja    nein

Haben Sie schon einmal ein Prophylaxeprogramm durchlaufen?

ja    nein

Wünschen Sie, an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

ja    nein

Hierfür bitten wir um Ihre E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Oder Ihre Handynummer für eine SMS: \_\_\_\_\_

Ich bin darüber informiert, dass jegliche zahnmedizinische Behandlung in unserer Praxis in eine begleitende **regelmäßige Prophylaxe** eingebettet ist. Die Termine legt Ihr Behandler – selbstverständlich in Absprache mit Ihnen – fest.

**Bitte beantworten Sie die Fragen nach Ihrem Gesundheitszustand auf der Rückseite dieses Fragebogens im Interesse einer risikolosen Behandlung genau!**

**Bitte wenden**

