



DR. SONJA MÜNCH  
ZAHNÄRZTINNEN  
DR. ROSWITHA GRAF

## ANAMNESEBOGEN

▷

<b>Patient:</b> Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon / Telefax
<b>Versicherter:</b> Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon / Telefax
<b>E-Mail</b>	<b>Mobil</b>	
Beruf	Arbeitgeber	Telefon beruflich
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	

### Name private Krankenversicherung

Sind Sie freiwillig versichert?  Ja  Nein

Kommen Sie auf Empfehlung?  Ja  Nein

Wenn ja, von wem? .....

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihrer Zähne?  Ja  Nein

Wünschen Sie nur eine Behandlung der z.Zt. vorhandenen Beschwerden?  Ja  Nein

Haben Sie Zahnersatz?  Ja  Nein

Wie alt ist Ihr Zahnersatz? ..... Jahre

Sind Sie an unserem halbjährlichen Erinnerungsdienst interessiert?  Ja  Nein

Dürfen wir Ihnen halbjährlich aktuelle Informationen aus unserer Praxis zusenden?  Ja  Nein

### Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Individualprophylaxe

Parodontosebehandlung

hochwertiger Zahnersatz

Kieferorthopädie

Bleaching

Implantate

Amalgamentfernung

Kiefergelenksprobleme

Zahnfarbene Füllungen

Kosmetische Zahnbehandlungen

### Schweigepflichtenentbindung

Ich erkläre hiermit die Richtigkeit der angegebenen Daten und erkläre mich einverstanden, dass Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder oder Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke für medizinische, rechtliche sowie Zahlungszwecke anderen Medizinalpersonen, Versicherungen, Inkasso- oder Betreibungstellen auf Anfrage zugestellt werden können.

Datum, Unterschrift

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben!