



Ich habe folgendes Anliegen:

- Routineuntersuchung / Kontrolle
- Individualprophylaxe/professionelle Zahnreinigung
- Ich habe aktuell Beschwerden: Welche und seit wann: _____
- Sonstiges: _____

Ich wünsche eine besondere Beratung hinsichtlich:

- Kariestherapie
- Parodontosebehandlung
- Implantate
- Zahnersatz
- Schnarchtherapie
- Sonstiges: _____
- Kiefergelenkserkrankung/-behandlung
- Ästhetische Zahnheilkunde
- Sportzahnmedizin
- Amalgamentfernung

Leiden Sie an Zahnfleischbluten? Ja Nein

Haben Sie Kopfschmerzen / Migräne? Ja Nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Wurde bei Ihnen eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt? Ja Nein

Gibt es aktuelle Röntgenbilder aus den letzten 12 Monaten? Ja Nein

Falls ja, kontaktieren Sie bitte unsere Anmeldung sollten diese angefordert werden können