



Fragebogen

Neupatienten

Vorname *

Geburts-
datum *

Name *

Straße & Hausnr. *

PLZ & Ort *

E-Mail *

Telefonnummer *

Arbeitgeber *

Krankenkasse *

- gesetzlich
 privat

Name
Krankenkasse *

Wie sind Sie auf
uns aufmerksam
geworden?



Datum Ihres letzten
Zahnarztbesuches

Tragen Sie Zahnersatz? *

ja
 nein

Gehen Sie regelmäßig zur
professionellen Zahnreinigung?

ja
 nein

Sind Sie Angstpatient/in? *

ja
 nein

Über welche Leistungen würden Sie
gerne mehr erfahren?

professionelle Zahnreinigung
 Zahnersatz / Implantate
 Zahnfarbenen Füllungen
 Ästhetische Zahnumformungen
 Bleaching
 Schnarchschiene

Haben Sie eine Zahnzusatz-
versicherung?

ja
 nein

Datenschutz *

Hiermit bestätige ich, dass ich die
Datenschutzerklärung von mein-zahnarzt-
riesa.de gelesen habe & mich mit der
Übersendung der Daten einverstanden
erkläre.

ja, bin einverstanden

Bitte kontaktieren Sie mich, wenn ich
als Neupatient aufgenommen werden
kann.

Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie das Formular per E-Mail an meinzahnarzttriesa@gmail.com oder per Post an
Zahnarztpraxis Dr. Röthig, Hauptstraße 82, 01587 Riesa.