



# Fragebogen

## Neupatienten

Vorname \*

Geburtsdatum \*

Name \*

Beruf \*

Straße & Hausnr. \*

PLZ & Ort \*

E-Mail \*

Telefonnummer \*

Arbeitgeber \*

Krankenkasse \*

- gesetzlich  
 privat

Name  
Krankenkasse \*

Haben Sie eine  
Zahnzusatzversicherung?

- ja  
 nein

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  
 Zahnfarbene Füllungen  
 Ästhetische Zahnumformungen  
 Bleaching  
 Schnarchschielen

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

Datum

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

Unterschrift

Wenn wir uns innerhalb von 8 Wochen nicht zurückmelden, dann melden Sie sich bitte bei einer anderen Zahnarztpraxis an.

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