



ZENTRUM FÜR ZAHNGESUNDHEIT
AM FORT MALAKOFF

Dr. med. dent. Mark Soibelman, Zahnarzt
Dr. med. dent. Michael Soibelman, Zahnarzt
Dr. med. dent. Mirra Soibelman, Kieferorthopädin

Gesundheitsfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient, Herzlich willkommen in unserer Praxis!

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Patient/in	
Name:	Telefon:
Geb.:	Mobil:
Straße:	E-mail:
PLZ / Ort:	Krankenkasse:

2. Erziehungsberechtigte/r	
Name:	Telefon:
Geb.:	Mobil:
Straße:	E-mail:
PLZ / Ort:	Krankenkasse:

Bitte teilen Sie uns Veränderungen Ihrer persönlichen Daten sowie Veränderungen Ihres Gesundheitszustands während der Behandlung unverzüglich mit.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Einverständnis Röntgen

Ich bin über die Notwendigkeit von Röntgenuntersuchungen im Verlauf der Behandlung aufgeklärt und erkläre mich hiermit einverstanden.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

