

Herzlich Willkommen in Ihrem Zahnkosmetikstudio!

Um Sie in unsere Kundendatei aufzunehmen, bitten wir Sie um nachfolgende Informationen.
Ihre Angaben sind freiwillig und dienen ausschließlich zur internen Verwendung.

Name:	Vorname:	Geb.Datum:
<hr/>		
Straße:	PLZ/Ort:	Tel. priv.:
<hr/>		
E-Mail:	Handy:	Tel.gesch.:
<hr/>		

1. Haben Sie allergische Reaktionen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	welche
<hr/>			
2. Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
3. Tragen Sie Zahnimplantate?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
4. Diabetes, Blutgerinnungsstörung?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
5. Rauchen Sie ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
6. Besteht eine Schwangerschaft ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Woche / Monat _____ / _____
7. Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?	ca. Monat / Jahr _____		

Wie sind Sie auf unser Studio aufmerksam geworden ?

<input type="checkbox"/>	Empfehlung / Name: _____
<input type="checkbox"/>	Internet
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____

Hinweise:

Um unnötige Wartezeiten für unsere Kunden zu vermeiden, bitten wir Sie, die mit uns vereinbarten Termine einzuhalten. Sollte dies einmal nicht möglich sein, informieren Sie uns bitte rechtzeitig (48Std. vorher).

Smiling Point erbringt keine zahnmedizinischen Leistungen und ersetzt nicht den Besuch bei Ihrem Zahnarzt.

Hiermit bestätige ich meine Angaben und die Kenntnisnahme der Hinweise.

Datum

Unterschrift