



Ihre Qualitätserwartungen an Ihre zahnmedizinische Behandlung Datum: \_\_\_\_\_

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Mit den folgenden Fragen möchten wir Ihre Erwartungen an unsere Behandlung erfahren. Durch Ihre Antworten sind wir in der Lage, die für Sie optimale Behandlung zu planen. So können wir auf Ihre individuellen Schwerpunkte und Ihre persönlichen Wünsche besser eingehen. Und Sie können sicher sein, dass Sie immer die für Sie richtige Behandlung erhalten.

1. Wie wichtig ist Ihnen ein schönes natürlich aussehendes Lachen?

Egal                       wichtig                       sehr wichtig

2. Wie wichtig ist Ihnen ein gutes Gefühl im Mund?

Egal                       wichtig                       sehr wichtig

3. Wie wichtig ist es Ihnen, Ihre eigenen Zähne bis ins hohe Alter zu behalten?

Egal                       wichtig                       sehr wichtig

4. Würden Sie gerne Hinweise zur Optimierung Ihrer Zahnpflege erhalten?

Ja gerne     nein

5. Hatten Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung?

Ja      nein

6. Möchten Sie gerne über modernste Behandlungsmethoden informiert werden?

Ja gerne     nein

7. Leiden Sie unter Mundgeruch ?

Ja     nein

**Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und freuen uns, dass Sie bei uns Patient sind.**

**Ihr Praxisteam**