

BESCHWERDEBERICHT

Name, Adresse, Tel.Nr.
der Patientin/des Patienten:

Name der Zahnärztin:
Name des Zahnarztes:

Beschwerdeursache:

Behandlungsdauer Beginn: Ende:

Vorbehandler:

Nachbehandler:

Behandlungsart: Prothetik – Chirurgisch – Konservierend – Regulierung – Parodontalbeh.

Behandlungsverlauf (gegebenenfalls Beiblatt verwenden):

Bezahlte Beträge:

Ansprüche:

Bereitschaft Zahnarzt wieder zu konsultieren / bzw. Gesprächsbereitschaft:

Datum:

Unterschrift: