



Schmerz-Fragebogen

Heutiges Datum: _____

Bearbeitungs-Nr.: _____

Demographische Angaben

1. Nachname: _____ Vorname: _____ geb.: _____

2. Geschlecht: männlich weiblich

3. PLZ: _____ Wohnort: _____
Straße: _____

Telefon privat: _____ Telefon dienstlich: _____

4. Personenstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

5. Name, Adresse und Telefonnummer des **überweisenden Zahnarztes** oder **Arztes**:

6. Name, Adresse und Telefonnummer des **Hausarztes**:

7. **Entfernung** von Ihrer Wohnung bis zu uns: ca. _____ km

8. **Ausgeübter Beruf**: _____

Erlerner Beruf: _____

derzeit arbeitslos

Rentner