

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahn-/medizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten: _____

geb. am: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Privat zahnärztlich Zusatzversichert? **ja** [] **nein** []

Liegt ein Pflegegrad vor? _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____

Versicherter: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.