

Herzlich Willkommen in unserer Praxis! Um die Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir um Beantwortung der folgenden umfangreichen Fragebögen.

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam

Patienten-Daten

Patient: _____
– Name Vorname geb.

Anschrift: _____
– Straße PLZ Ort

Telefon: _____
- Haus Mobil Email

Versichertes Mitglied/
Erziehungsberechtigter: _____
- Name Vorname geb.

abweichende
Adresse: _____
. Straße PLZ Ort

Telefon: _____
- Haus Mobil Email

Krankenkasse/Versicherung: _____

Beihilfe: ja nein

Beruf (erziehungsberechtigter u./od. versichertes Mitglied): _____

Arbeitgeber: _____

Telefon Arbeit: _____

Hausarzt: _____ HausZAHNarzt: _____

empfohlen durch: _____

Erinnerungs-Service (Recall) erwünscht: ja nein

(generell halbjährliche Kontrollen)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Mir ist bewusst, dass bei Nichterscheinen zu vereinbarten Terminen, der behandelnde Arzt es sich vorbehalten, ggf. Gebühren zu erheben.

Ich bestätige, im Falle des oben genannten Kindes, nach einer Aufklärung über evtl. Zuzahlungen, sämtliche anfallenden Kosten zu tragen.

Ort

Datum

Unterschrift