

Herzlich Willkommen in unserer Praxis! Um die Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir um Beantwortung der folgenden umfangreichen Fragebögen. Ihre Daten werden gemäß der Datenschutz-Grundverordnung verarbeitet/-waltet.

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam

Patienten-Daten

Patient: _____
- Name Vorname geb.

Anschrift: _____
- Straße

Telefon: _____
- Haus Mobil Email

Versichertes Mitglied/Erziehungsberechtigter: _____
- Name, Vorname geb.

abweichende
Adresse: _____
. Straße PLZ Ort

Telefon: _____
- Haus Mobil Email

Krankenkasse/Versicherung: _____

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

Arbeitgeber: _____ Telefon Arbeit: _____

Hausarzt: _____ HausZAHNarzt: _____

empfohlen durch: _____

Sind Sie Beihilfe berechtigt (üblicherweise gilt dies für Beamte)? ja nein

Hiermit informieren wir Sie, dass Ihre Daten/Befunde gemäß der Datenschutzverordnung verarbeitet/-waltet werden.

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein

-Erinnerungs-Service (Recall) erwünscht: ja nein

(generell halbjährliche Kontrollen, nicht für Patienten der Kieferorthopädie und vom Überweiser)

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