

Herzlich willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen Ihrer eigenen Sicherheit.

Patient

Herr / Frau / Kind

Name _____ Vorname _____ geb. _____

versichert mit
(Mitglied)

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____

Telefon privat _____ Mobil _____

Telefon Arbeit _____

Postleitzahl _____ Ort _____

e-mail

Krankenkasse
oder Versicherung

_____ Beruf _____

Pflegegrad

1 2 3 4 5

Wie oder durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Termine

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine möglichst 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir behalten uns vor, bei nicht abgesagten Terminen die Ausfallzeiten, die nicht mit anderen Patienten belegt werden können, mit einem Ausfallhonorar von 50,- € gemäß §615 BGB zu berechnen.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen. Vielleicht möchten Sie diese Zeit nutzen, sich schon einmal im ausliegenden Info-Material über das Leistungsspektrum unserer Praxis zu informieren.

Hinweis für gesetzlich krankenversicherte Patienten:

Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte einmal pro Quartal bei Ihrem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Datum _____

Unterschrift _____