

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen 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. Behandlung. Bitte überprüfen Sie nachfolgend Ihre persönlichen Daten.

**Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

#### Patientendaten

Name des Patienten:

geb. am:

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse:

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert? ja [ ] nein [ ]

Freiwillig versichert? ja [ ] nein [ ]

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ja [ ] nein [ ]

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? ja [ ] nein [ ]

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Weitere Angabe

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Anschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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.