



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskunft über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dazu sind wir verpflichtet und sichern somit eine adäquate und risikoarme Behandlung.

Patient: Name, Vorname _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

Telefon Zuhause: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Hausarzt: _____

Versicherte(r): Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon Mobil: _____

Krankenversicherung: _____ Zusatzversicherung

Adresse, Telefon-Nr.: _____

Möchten Sie an Kontrolluntersuchungen oder Prophylaxetermine erinnert werden?

Post Mail Kein Interesse

Besitzen Sie ein Bonusheft? (falls gesetzlich versichert)

Die letzten 5 Jahre Die letzten 10 Jahre Nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Überweisung durch: _____ Empfohlen durch: _____

Internetsuche Telefonbuch / Branchenbuch

Haben Sie bei der Recherche unsere Homepage besucht?

Ja Nein

Haben Sie spezielle Behandlungs- bzw. Beratungswünsche?

Behandlung unter lokaler Betäubung Festsitzende Zähne durch Implantate Ganzheitliche Zahnbehandlung

Behandlung von Mundgeruch Prophylaxeangebote Verbesserung der Zahnästhetik

Vollkeramische Versorgung Zahnaufhellung Zahnfleischbluten

Kiefergelenksdiagnostik (z.B. Zahnknirschen, Ohrgeräusche, Kieferknacken, abgenutzte Zähne, Nackenbeschwerden, Kopfschmerzen)

Zahnersatz Sonstiges: _____

Ich möchte darüber informiert werden, was an moderner und hochwertiger zahnmedizinischer Versorgung möglich ist, auch wenn diese von den Kassen nicht oder nur teilweise übernommen werden.

WICHTIGE INFORMATIONEN:

Für gesetzlich Versicherte: Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt uns diese auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und stellen eine Rechnung nach privater Gebührenordnung (GOZ). Bedenken Sie bitte, dass auch Schmerzpatienten in das Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch kann es gelegentlich zu Zeitverzögerungen kommen. Dafür bitten wir vorsorglich um Verständnis.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.