

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.



Ihre Antworten sind wichtig, damit wir Sie optimal betreuen und mögliche Risiken bei der Behandlung und Medikation vermeiden können.

Bitte beantworten Sie auch die Fragen auf der Rückseite.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem arbeitet. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie einen vereinbarten Termin, den Sie nicht einhalten können, rechtzeitig absagen müssen. Andernfalls müsste Ihnen die für Sie freigehaltene Zeit in Rechnung gestellt werden. Wir danken für Ihr Verständnis.

Ihr Praxisteam Zahnarzt Florian Gierl

Name.....Vorname.....

Geburtsdatum.....

Wohnort (PLZ)..... Straße.....

Tel.: tagsüber: Tel.: abends.....

Handy:..... e-mail

Fax:

Arbeitgeber:.....Beruf:.....

Hausarzt:

Besteht ein Pflegegrad? Grad : Haben Sie Anspruch auf Eingliederung (§ 53 SGB VII)

Haben Sie einen gesetzl. Betreuer? Name:.....

Adresse, Telefon:.....

Bei wem dürfen wir uns für die Empfehlung unserer Praxis bedanken?

Angaben über das Versicherungsverhältnis:

Name der Krankenkasse:

gesetzlich krankenversichert private Zusatzversicherung beihilfeberechtigt
privat krankenversichert Basistarif Selbstzahler (nicht krankenversichert)

Bitte teilen Sie uns alle Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer persönlichen Angaben im eigenen Interesse unaufgefordert mit.
Bitte wenden!