

Herzlich willkommen in unserer Praxis!
Im Folgenden bitten wir Sie um einige Angaben für unsere Patientenkartei.

Patientendaten

Name _____
Geburtsdatum _____
Adresse _____
Telefon privat _____
Telefon mobil _____
Telefon Büro _____
E-Mail-Adresse _____
Beruf _____

Versichertendaten

(sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten
oder Versicherten
Name des Versicherten _____
Geburtsdatum des Versicherten _____
Anschrift des Versicherten _____
Gibt es private Zusatzversicherungen? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung ja nein
Blutungsneigung/Gerinnungshemmer ja nein
Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis) ja nein
Haben Sie Allergien: ja nein
Nehmen Sie Osteoporosemedikamente-/Bisphosphonate ja nein
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? ja nein
Wenn ja, welche? _____
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____
Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja nein
Wenn ja, bei welchen? _____
Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja nein

Hinweise zu Ihrem Termin

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Zahnarztpraxis nach einem Bestellsystem geführt wird. Daher bitten wir Sie, vereinbarte Termine pünktlich einzuhalten oder frühzeitig, spätestens jedoch 24 Stunden vor Terminbeginn abzusagen. Andernfalls behalten wir es uns vor, die daraus entstehenden Kosten gem. §615 BGB mit einer Ausfallgebühr in Höhe von €95,- pro angefallene halbe Stunde in Rechnung zu stellen.

Datum _____ Unterschrift _____

Mit folgenden Angaben helfen Sie uns weiter, unseren Service zu verbessern:

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____