

Herzlich Willkommen!

Bevor Sie uns Ihre Zähne zeigen, bitten wir Sie diesen Bogen auszufüllen und bei Ihrem Termin an der Anmeldung abzugeben. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Nachname, Vorname	Geburtsdatum & Geburtsort
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort
Telefon privat	Mobiltelefon
E-Mail Adresse	Beruf/Arbeitgeber
Hausarzt, Name & Ort	ggf. überweisender Arzt, Name & Ort
Name der Versicherung/Krankenkasse	Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sind Sie beihilfeberechtigt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Sind Patient & Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen:

Nachname & Vorname des Versicherten	Geburtsdatum & Geburtsort
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort
Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer Akutbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:	
Telefon, Erziehungsberechtigter	Datum & Unterschrift, Erziehungsberechtigter

Bitte teilen Sie uns Ihr Hauptanliegen mit: (Zusätzliche Informationen gerne auf der jeweiligen Linie ergänzen)

Kontrolluntersuchung: _____

Beschwerden: _____

Beratung: _____

Behandlung: _____

Leiden Sie unter außergewöhnlicher Zahnarztangst teilen Sie uns dies im Vorfeld mit, damit wir uns besonders viel Zeit für Sie nehmen können: ja nein

