



## Anmeldung

Patient: Name <sup>1)</sup>	Vorname <sup>1)</sup>	Geburtsdatum <sup>1)</sup>
Straße <sup>1)</sup> , Hausnummer <sup>1)</sup>	PLZ <sup>1)</sup> , Ort <sup>1)</sup>	Telefon <sup>2)</sup> , Fax <sup>2)</sup>
Versicherter: Name <sup>1)</sup>	Vorname <sup>1)</sup>	Geburtsdatum <sup>1)</sup>
Straße <sup>1)</sup> , Hausnummer <sup>1)</sup>	PLZ <sup>1)</sup> , Ort <sup>1)</sup>	Telefon <sup>2)</sup> , Fax <sup>2)</sup>
Beruf <sup>2)</sup>	Arbeitgeber <sup>2)</sup>	Telefon <sup>2)</sup> , Fax <sup>2)</sup>
Krankenkasse <sup>1)*)</sup> / Krankenversicherung <sup>1)</sup>		

<sup>1)</sup> Pflichtangaben gem. DSGVO <sup>2)</sup> freiwillige Angaben, die für einen optimalen Ablauf Ihrer Behandlung sinnvoll bzw. nötig sind.  
<sup>\*)</sup> Kassenpatienten, erhalten eine Privatrechnung wenn Sie nicht binnen 10 Tagen Ihre Krankenversichertenkarte vorlegen.

Sind Sie freiwillig in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert? Ja  Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja  Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja  Nein

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans?

Wünschen Sie nur eine Behandlung der aktuell vorhandenen Beschwerden?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  persönliche Empfehlung  Internet  Sonstiges

Regelmäßige Kontrolluntersuchungen sichern Ihre Zahngesundheit und einen höheren Zuschuß der gesetzlichen Krankenkasse bei Zahnersatzbehandlungen. Wünschen Sie eine Teilnahme an unserem Recall-Programm, in dessen Rahmen wir Sie - in individuell für Sie bestimmten Zeitabständen – schriftlich an den Kontrolltermin erinnern? Ja  Nein

Wenn ja, kann die Erinnerung per E-Mail erfolgen? Ihre E-Mail Adresse<sup>2)</sup> lautet: \_\_\_\_\_

Um Ihnen eine möglichst optimale Behandlung mit der dafür notwendigen Ruhe bieten zu können und um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen, führen wir unsere Praxis nach einem Bestellsystem, in dem für jede geplante Behandlung die zu erwartende Zeit für Sie reserviert wird. Wir bitten Sie die vereinbarten Termine pünktlich einzuhalten und bei Verhinderung rechtzeitig - spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin – abzusagen. Anderenfalls behalten wir uns vor, Ihnen die durch den Ausfall entstandenen Kosten in Rechnung zu stellen.

Die Informationen nach Art.13 DSGVO sind mir zur Kenntnis gebracht worden und ich willige in die darin genannte Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gem. DSGVO ein.

Datum

Unterschrift