



Anmeldung

Patient: Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon, Fax
Versicherter: Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon, Fax
Beruf	Arbeitgeber	Telefon, Fax

Krankenkasse*) / Krankenversicherung

*) 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 email erfolgen? Ihre email Adresse 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.

Datum

Unterschrift