

# Zahnarztpraxis

*Dr. Susann Hayler*

---

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patientendaten

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert? **ja** [  ] **nein** [  ]

Freiwillig versichert? **ja** [  ] **nein** [  ]

Privat zahnärztlich zusatzversichert? **ja** [  ] **nein** [  ]

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** [  ] **nein** [  ]

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Basistarif? **ja** [  ] **nein** [  ]

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Telefon Büro: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

### Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten ? \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.