Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Patient :Name Vorname Geburtsdatum

Straße ,Hausnummer PLZ ,Ort Telefon/Telefax

Versicherter ,Name Vorname Geburtsdatum

Krankenkasse/Krankenversicherung

Für Privatversicherte: ☐ Privat versichert - nicht im Basistarif ☐ Privat versichert - im Basistarif

Beruf Arbeitgeber Telefon/Telefax

Für Ihr Krankenblatt benötigen wir die folgenden Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich wie alle persönlichen Daten der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie diese Zeilen sorgfältig aus:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ?

Welche ? .....

.....

Bestehen Erkrankungen – Welche ?

Herz-Kreislauf .....

Tragen sie einen Herzschrittmacher ? ja nein

Heuschnupfen ja nein

Allergien ....

Diabetes ja nein

Schwangerschaft ja nein

Monat.....

Blutgerinnungskrankheiten .....

Andere Erkrankungen .....

Sind Sie von der Zuzahlung befreit ? ja nein

Bonus: .....

Empfohlen durch: .....

Ich wünsche eine

Gesamtbehandlung meines Kauorgans

nur eine Behandlung meiner aktuellen Beschwerden

Wünschen Sie eine Behandlung unter lokaler Betäubung ? ja nein

Wie wichtig ist Ihnen:

- eigene Zähne bis ins hohe Alter zu haben (Prophylaxe statt Prothese)

  .....
- ein natürliches Lachen

  .....
- eine Verträglichkeit der verwendeten Materialien (Biokompabilität)
  Kunststoff/ Keramik/Titan

  .....
- Behandlungsdauer- und ablauf (Kurz- oder Langzeittermine)

  .....
- Wünschen Sie eine Beratung über moderne Behandlungsmethoden (Kassen- und Privat-leistungen)?

  ja nein

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

Wittenberg, ...

(Unterschrift)