

Patientenaufnahme / Fragebogen

Willkommen in unserer Zahnarztpraxis



Dr. Jutta Bauer

(Praxisinhaberin / Zahnärztin)

Kathrin Hempel

(angestellte Zahnärztin)

Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus

| Patient: | | Hauptversicherter (falls abweichend vom Patient) | |
|--------------------------------------|------------|---|---------|
| Nachname | Vorname | Nachname | Vorname |
| Geburtsdatum | Geburtsort | Geburtsdatum | |
| Straße, Hausnummer | | Straße, Hausnummer | |
| Postleitzahl, Ort | | Postleitzahl, Ort | |
| Telefon (privat /mobil/) | | Telefon (privat /mobil/) | |
| Telefon geschäftlich | | Telefon geschäftlich | |
| E-Mail | | E-Mail | |
| Beruf / Arbeitgeber | | | |
| Name der Krankenkasse / Versicherung | | | |

privat versichert beihilfeberechtigt gesetzlich versichert zusatzversichert

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner erforderlichen persönlichen Patienten-/Behandlungsdaten an die Zahnärztliche Verrechnungsstelle Deutschlands e.V., zum Zwecke der Einziehung der (zahn-) ärztlichen Honorarforderung.

Ort, Datum

Unterschrift

Mit der Einbeziehung der „allgemeinen Geschäftsbedingungen“ in den Behandlungsvertrag bin ich einverstanden. (Die „allgemeinen Geschäftsbedingungen“ können im Wartezimmer eingesehen werden.)

Ort, Datum

Unterschrift

bitte Rückseite beachten