



ANMELDEBOGEN

Name _____ Krankenkasse _____

Vorname _____ pflichtversichert ja / nein

Geb.Datum _____

Adresse _____

Tel. privat _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind,
wer ist Versicherter?

E-Mail _____

Name _____

Beruf _____

Vorname _____

Arbeitgeber _____

Geb.Datum _____

Ort _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

Tel. berufl. _____ ja / nein

Wer hat uns empfohlen? _____

Für eine adäquate zahnmedizinische Betreuung und risikofreie Behandlung benötigen wir
neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Hausarzt _____

Bitte beantworten Sie umseitigen Gesundheitsfragebogen. → → →

Wichtige Hinweise für unsere Patienten:

Wir sind bemüht, Ihnen lange **Wartezeiten** zu ersparen. Bitte bedenken Sie jedoch, dass auch Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es zu Zeitverzögerungen kommen.

Wir sind verpflichtet, Sie darauf hinzuweisen, dass bei zahnärztlicher Behandlung unter Lokalanästhesie (Spritze / örtliche Betäubung) die Fahrtauglichkeit (**Teilnahme am öffentlichen Straßenverkehr**) für ca. 2 Stunden eingeschränkt ist.

Wir bitten Sie höflichst, sollten Sie **vereinbarte Termine** nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, auch für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung nicht eingehaltene Termine privat in Rechnung zu stellen.

