



Herzlich willkommen bei uns!

Anmeldung

Patient: Name	Vorname	Geburtsdatum, Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon
Versicherter: Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon
Beruf *freiwillige Angabe	Arbeitgeber *freiwillige Angabe	Telefon *freiwillige Angabe

Krankenkasse / Krankenversicherung: _____

Sind Sie Privat versichert? Ja / Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja / Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja / Nein

Durch wen wurden Sie empfohlen? _____

Wer ist Ihr Hauszahnarzt? _____

Welcher Arzt hat Sie überwiesen? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf eine Fotodokumentation von meinen Zähnen erstellt und aufbewahrt wird: ja nein

Wünschen Sie eine (kostenfreie) Beratung über:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Zahnimplantate | <input type="radio"/> Parodontose Behandlungen |
| <input type="radio"/> Plastische - ästhetische Operationen | <input type="radio"/> Behandlung von Kieferfehlstellungen |
| <input type="radio"/> Kiefergelenksbeschwerden | <input type="radio"/> Sonstiges: _____ |

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung des Kauorgans? Ja / Nein

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

Datum, Unterschrift Patient bzw. Betreuer oder Erziehungsberechtigter /Einwilligungserklärung

Bitte wenden!