

Patient*in

Name	Vorname	geb.
------	---------	------

Versicherte*r

(falls abweichend) Name	Vorname	geb.
-------------------------	---------	------

Anschrift

Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort
--------------------	-----	---------

Telefon privat	Handy	e-mail	Geburtsort
----------------	-------	--------	------------

Krankenkasse/Versicherung

Welche Wünsche/Erwartungen haben sie an unserer Praxis?

Besteht Interesse an einer professionellen Reinigung der Zähne? ja nein

Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor? ja nein
Wenn ja, welcher? _____

Haben Sie eine elektronische Patientenakte (ePa)? ja nein

Besteht eine private Zusatzversicherung? ja nein

NUR FÜR PRIVATVERSICHERTE:

Sind Sie Beihilfeberechtigt? ja nein

Wenn ja, soll Behandlung nur nach Richtlinien der Beihilfe erfolgen? ja nein

Soll Behandlung nur nach Standardtarif erfolgen? ja nein

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen Termin bis **spätestens 24 Stunden vorher** abzusagen.

Wir werden Sie regelmäßig an anstehende Untersuchungstermine erinnern. Wenn dies nicht gewünscht ist, bitten wir um Mitteilung.

Wir weisen darauf hin, dass in dieser Praxis aus verwaltungstechnischen Gründen eventuell nötige Rechnungen über eine **zahnärztliche Rechnungsstelle** verschickt werden. Wir bitten Sie uns Ihr Einverständnis hierfür auf dem beiliegenden Formular zu geben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. §203 StGb sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Mit den Bestimmungen des Datenschutzes sowie der Anästhesieaufklärung erkläre ich mich einverstanden. (gemäß Regelung der europäischen Datenschutz-Grundverordnung, Artikel 4 Nr. 7 - auf Wunsch einsehbar) Ebenso stimme ich dem Versand von Röntgenbildern zu.

Datum _____

Unterschrift _____