

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.



**Bitte beantworten Sie die Fragen auf den folgenden 2 Seiten.**

Ihre Antworten sind wichtig, damit wir Sie optimal betreuen können und mögliche Risiken bei der Behandlung und Medikation vermieden werden können.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem arbeitet. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie einen vereinbarten Termin, den Sie nicht einhalten können, rechtzeitig absagen müssen. Andernfalls müsste Ihnen die für Sie freigehaltene Zeit in Rechnung gestellt werden. Wir danken für Ihr Verständnis.

Ihr Praxisteam Zahnarzt Florian Gierl

Name.....Vorname.....

Geburtsdatum.....

Wohnort:.....Straße.....

Tel.: tagsüber: ..... Tel.: abends.....

Handy:..... e-mail .....

Fax:..... (bitte nur angeben, wenn Sie regelmäßig über e-mail zu erreichen sind)

Krankenkasse / Versicherung/ Privat.....

Angaben über das Versicherungsverhältnis:

gesetzlich krankenversichert  beihilfeberechtigt   
privat krankenversichert  Selbstzahler (nicht krankenversichert)

Hausarzt: .....

Arbeitgeber:.....Beruf:.....

Bei wem dürfen wir uns für die Empfehlung unserer Praxis bedanken?

.....

Wünschen Sie nähere Informationen über unser Prophylaxeprogramm gegen Karies und Parodontitis?  ja  nein

Ich bin damit einverstanden von meinem Zahnarzt über für mich wichtige gesetzliche Änderungen sowie über Maßnahmen zur Gesunderhaltung meiner Zähne in schriftlicher Form informiert zu werden.

(Falls nicht gewünscht bitte deutlich streichen)

**Bitte teilen Sie uns alle Änderungen Ihres Gesundheitszustandes im eigenen Interesse unaufgefordert mit.**

**Bitte wenden!**