|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ZAHNÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXISBeate Probst, Dirk Rüdinger & Dr. Katrin Alberter | Untere Bahnhofstraße 791186 BüchenbachTel 09171/ 98700Fax 09171/ 98702www.zahnaerzte-buechenbach.de |

*Herzlich willkommen in unserer Praxis!*

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir noch einige Informationen. Wir möchten Sie an dieser Stelle darauf hinweisen, dass eventuell vorliegende Allgemeinerkrankungen eine zahnärztliche Behandlung beeinflussen können. Daher bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne weiter. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der Schweigepflicht.

Persönliches

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name/Vorname Geburtsdatum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name/Vorname (Erziehungsberechtigte/r, bzw. Mitglied) Geburtsdatum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer PLZ/Ort

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon Festnetz Telefon mobil

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail Adresse

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beruf Arbeitgeber

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pflegestufe Betreuer (Name und Telefonnumer)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hausarzt

Krankenkasse:

 Gesetzlich versichert Privat Zusatzversicherung beihilfebereichtig

 Freiwillig versichert

Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen von:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unser Service: Erinnerung zur Terminvereinbarung

Wünschen Sie in Zukunft eine Erinnerung an Ihre Vorsorgeuntersuchung, per E-Mail? Ja  Nein 

**Hinweise zur Organisation unserer Bestellpraxis:**

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Das erspart Ihnen lange Wartezeiten, denn Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Std. zuvor abgesagt wurden, pro halbe Stunde 35 € privat nach §§ 615,293 BGB berechnen müssen.

***bitte wenden***

Allgemeine Gesundheit (bitte zutreffendes ankreuzen, bzw. ausfüllen)

 

Bitte auch diesen Abschnitt / Block ausfüllen





