

ANMELDUNG

Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Vielen Dank, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken. Sie können ganz sicher sein, dass wir alles uns mögliche für Ihre Zahngesundheit und damit für Ihr Wohlbefinden tun werden. Vor der Behandlung möchten wir Sie um einige für uns wichtige Auskünfte bitten.

Alle Informationen zu Ihrer Person unterliegen der gesetzlichen ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich nicht an Dritte weitergegeben.

Im Interesse eines reibungslosen Behandlungsablaufes bitten wir Sie um die folgenden Angaben:

Versicherungsstatus

Ich bin gesetzlich krankenversichert

Ich bin privat krankenversichert

beihilfeberechtigt

nach Standardtarif

Name der Versicherung

Ich bin nicht krankenversichert

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Überweisung (durch wen?)

Empfehlung (durch wen?)

Praxisschild

Telefonbuch / Gelbe Seiten

Internet

Presse

Sonstige

Terminplanung

Unsere Praxis ist bemüht, Ihre geplante Behandlung zum vereinbarten Zeitpunkt pünktlich durchzuführen. Terminerinnerungen per Telefon, eMail oder SMS gehören dabei zu unserem Service. Um einen reibungslosen Praxisablauf zu gewährleisten und unnötige Wartezeiten zu vermeiden, sind wir auch ganz besonders auf Ihre Pünktlichkeit angewiesen. Können Sie einen vereinbarten Termin einmal nicht wahrnehmen, so informieren Sie uns bitte 48 Stunden vorher, damit wir die für Sie reservierte Behandlungszeit an einen anderen Patienten weitergeben können. Bei kurzfristigen Terminabsagen behalten wir es uns vor, Ihnen die für Sie reservierte Behandlungszeit in Rechnung zu stellen, sollten wir den Termin nicht anderweitig vergeben können.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Mithilfe!

.....
Titel, Vorname, Familienname

.....
Strasse, PLZ, Ort

.....
Geburtsdatum

.....
Beruf

.....
Telefon tagsüber

.....
Telefon abends

.....
Telefon mobil

.....
e-mail Adresse

Versicherungsnehmer

Wenn Sie über einen Familienangehörigen mitversichert sind, so ergänzen Sie bitte hier die Daten des Versicherungsnehmers:

.....
Titel, Vorname, Familienname

.....
Strasse, PLZ, Ort

.....
Geburtsdatum

Was veranlasst Sie zu einem Besuch in unserer Praxis?

Ich habe Beschwerden und möchte diese schnellstens loswerden.

Ich wünsche eine umfassende Untersuchung meines Kauorgans, eine ausführliche Diagnose und eine individuelle Therapie- bzw. Erhaltungsplanung.

Ich komme zur kieferorthopädischen Beratung und Behandlungsplanung.

Ich möchte mich gezielt beraten lassen. Mich interessieren folgende Themen:

Prophylaxe von Zahn- und Zahnfleischerkrankungen

Behandlung in Vollnarkose

Ästhetische Zahnfüllungen

Kieferorthopädische Behandlung (Behandlung von Zahnfehlstellungen)

Ästhetischer Zahnersatz

Zahnaufhellung (Bleaching)

Zahnimplantate

Sonstiges

Laserbehandlung

Kiefergelenktherapie

Ich bestätige, daß alle Angaben zur Person der Wahrheit entsprechen. Die Informationen zur Terminplanung habe ich zur Kenntnis genommen.

.....
Datum, Unterschrift (Patient, Erziehungsberechtigter)