

**Bitte vor der Behandlung ausfüllen:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb: \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Karte vorhanden Ja: \_\_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_\_

Bonusheft: Ja \_\_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Tel.Arbeit: \_\_\_\_\_

**Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte um folgende Angaben:**

Leiden Sie an akuten/chronischen Erkrankungen v. Herz, Kreislauf etc.: \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten (TBC, Hepatitis, Aids usw.) \_\_\_\_\_

Innere Krankheiten (Diabetes usw.) \_\_\_\_\_

Allergien bzw. Arzneimittelüberempfindlichkeit gegen: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft: Ja \_\_\_\_\_ welcher Monat \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wie bzw. durch wen kamen Sie in unsere Praxis \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Bitte teilen Sie uns rechtzeitig mit, wenn Sie einen Termin nicht einhalten können. Sollten Sie unentschuldig nicht zu Ihrem Termin erscheinen (speziell bei langdauernden Terminen z.B. Kronenpräparationen) sind wir berechtigt, für die für Sie reservierte Zeit eine Unkostenerstattung in Höhe unserer Betriebskosten von EUR 80,- je angefangene halbe Stunde zu verlangen. Falls Sie Ihre Krankenversicherungskarte vergessen haben, bringen Sie diese bitte innerhalb von 10 Tagen nach, ansonsten werden wir eine Privatliquidation erstellen.

Wir behalten uns das Recht vor, in Ausnahmefällen z.B. vor der Beauftragung von teurem Zahnersatz eine Kreditwürdigkeitsanfrage bei der Schufa oder ähnlichen Institutionen durchführen. Ich stimme hiermit zu.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_