



Patient

_____	_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort

Anschrift			

Telefon: _____

Mobil: _____

Versicherter bzw. Begleitperson

E-mail: _____

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum

Anschrift (falls abweichend)		

Krankenkasse: _____

Beihilfe

Zusatzversicherung

Ich komme wegen:

Schmerzen

KfO-Beratung

Vorsorge/Kontrolle

Überweisung

Hausarzt: _____

Hauszahnarzt: _____

Schnarcht Ihr Kind ?

() ja () nein

Empfohlen durch: _____

Erkrankungen: _____

Unverträglichkeit gegen: _____

Allergie-Pass: nein

_____ Allergien gegen

Bitte setzen Sie uns umgehend über eine Änderung Ihrer Adresse oder Telefonnummer bzw. einen Wechsel Ihrer Krankenkasse in Kenntnis.

Eine Information über eine bestehende Schwangerschaft ist bei Röntgenuntersuchungen zwingend erforderlich!

Wir bitten Sie dringend, vereinbarte Behandlungstermine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei nicht rechtzeitiger Absage eines Termins behalten wir uns die Berechnung der entstandenen Praxiskosten vor.

_____ Datum

_____ Unterschrift