



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