

Anmeldung

Patient

Name _____
 Vorname _____
 Geb.-Datum _____
 Straße _____
 Wohnort _____
 Telefon/Handy _____
 E-Mail _____
 Krankenkasse _____

Versicherter

(Falls abweichend)

Name _____
 Vorname _____
 Geb.-Datum _____
 Straße _____
 Wohnort _____

Private Krankenversicherung Basistarif Beihilfe Zusatzversicherung
 Ggf. Pflegestufe nein ja Stufe: _____

1. Grund Ihres Zahnarztbesuches:

- Kontrolluntersuchung
- Schmerzen seit _____
- Defekte an den Zähnen
- Zahnfleischprobleme
- Wunsch nach Zahnersatz
- Beratung zu _____

2. Letzter Zahnarztbesuch vor ca. _____

3. Sind Sie Raucher nein: ja: Zigaretten pro Tag: _____

4. Die Praxis wurde mir empfohlen von _____

5. Behandlungen mit örtlicher Betäubung sind heutzutage die Regel und für Sie als Patient angenehm. Bei bestimmten Betäubungen im Unterkiefer (sog. Leitungsanästhesie) besteht - auch bei korrekter Vorgehensweise - ein äußerst geringes Risiko, dass an Zunge und/ oder Lippe ein Taubheitsgefühl für einige Wochen, in Ausnahmefällen auch dauerhaft verbleibt.

6. Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Für die Praxis erhöht sich jedoch das Ausfallrisiko. Daher berechnen wir für Termine ab einer Stunde Dauer, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, sowie für Termine ab zwei Stunden Dauer, die nicht spätestens 48 Stunden vorher abgesagt werden (telefonisch oder per E-Mail: px-gerhaupt@web.de), ein Ausfallhonorar von 40 € je 30 Minuten (§ 304, 615 BGB).

7. Erhalten Sie wegen Beschwerden einen Notfalltermin, müssen Sie mit längerer Wartezeit rechnen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die gemachten Angaben und die Kenntnisnahme der Punkte 5.; 6. und 7. Eine Ausführung dieser Anmeldung habe ich erhalten.

Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter