

Anmeldung für Patienten (bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Personalangaben:

Herr Frau Titel: _____ **Gesetzl. Krankenkasse:** _____ **oder Privat** _____

Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____ Straße/Nr.: _____

PLZ.: _____ Ort.: _____ Tel.privat: _____

Tel. mobil: _____ Tel. geschäftl.: _____

Beruf: _____ E-Mail: _____

Versicherungsmitglied:

bei Familienversicherung bitte das Mitglied (Elternteil / Ehepartner) angeben, mit wem ist das Kind / der Ehepartner versichert?

Vorname: _____ Name: _____

Geb.Datum: _____ Straße/Nr.: _____

PLZ.: _____ Ort.: _____ Tel.privat: _____

JA NEIN

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Haben Sie Angst vor der Behandlung, oder hatten Sie schlechte Erfahrungen?

Haben Sie Interesse an unserem Patientenerinnerungssystem „Recall“
(halbjährliche Vorsorgeuntersuchung) Bitte kreuzen Sie an.
E-Mail oder per Post

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?
Wenn ja, wann: _____

Ich erkenne die Regelungen der „Allgemeinen Informationen an meine Patienten“ (Seite 3) an.

Datum: _____

Unterschrift: _____