

Schön, dass Sie da sind!

Nachname des Patienten	Vorname	Geburtsdatum
Nachname des Hauptversicherten (falls abweichend)	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefon	email	
Zahnarzt	Krankenkasse	

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung Internet Werbung

Bei Empfehlung: Wer hat unsere Praxis empfohlen?

	JA	NEIN
Leiden Sie an einer Erkrankung oder Allergie? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knackt es oder tut es weh im Kieferbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon einmal eine Spange getragen? Name/ Adresse des Arztes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Röntgenbilder vom Kopfbereich angefertigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie einen Unfall im Zahnbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Bearbeitung, Nutzung und Speicherung meiner Daten nach EU DSGVO, bis auf Widerruf, ausdrücklich zu.

Die vereinbarten **Termine sind nur für Sie reserviert**. Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie den Termin mindestens 24 Stunden davor absagen (bei Termine ab 45 min. Dauer – 2 Tage davor).

Bei versäumten Terminen ohne fristgerechte Absage behalten wir uns vor, einen **Ausfallhonorar in Höhe von 80€** in Rechnung zu stellen.

Bad Kreuznach, den _____

Unterschrift _____