

Zahnarztpraxis

M. Janik

Wilhelm-Külz-Straße 3
15562 Rüdersdorf. Tel: 033638/2596

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten: **Alina Muster**

geb. am: **05.05.1982**

Geburtsort: _____

Anschrift: **Musterstr. 15**

1555 Musterland

Name der Krankenkasse: **BEK > Brandenburg 53**

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert **ja [] nein []**

Freiwillig versichert **ja [] nein []**

Haben Sie eine private Zusatzversicherung **ja [] nein []**

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja [] nein []**

Telefon: **03333- 33 33 33**

Fax: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail Adresse: _____

Beruf: **ZAH**

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____

Versicherter: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge,
um erneute Erkrankungen zu vermeiden? **ja [] nein []**

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert
werden? **[] telefonisch [] schriftlich**
[] per E-Mail

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.