

HERZLICH WILLKOMMEN

in der Praxis
Dr. Christoph Schlendermann



DR.
SCHLENDERMANN
ZAHNARZT

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung und dient Ihrer Sicherheit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Versicherungsverhältnisses und Ihrer Adresse mit!

PATIENT

Name Vorname geb.

MITGLIED

(bei Fam. - Versicherung)

Name Vorname geb.

ANSCHRIFT

Straße Nr.

PLZ Ort Tel.

E-MAIL

MOBIL-NUMMER/ SMS FÜR TERMINERINNERUNG

KRANKENKASSE/ VERSICHERUNG

ZUSATZVERSICHERUNG

ja nein

BEIHILFEBERECHTIGUNG

ja nein

BERUF

Tel. dienstl.

Für Rechnungen

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten/ Zahlungspflichtigen an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

Für Kassenpatienten

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte 1x im Quartal im Behandlungsfalle. Liegt sie uns zum Ende des aktuellen Quartals nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mind. 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Aufklärung

Bei einer Behandlung unter Anästhesie ist anschließend die Fahrtauglichkeit eingeschränkt.

Datum

Unterschrift