



ZAHNARZTTEAM
WARBURG

Anmeldeformular für Neupatienten

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. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Vorname Name Geb. Datum und Geb. Ort

Versicherter

Vorname Name Geb. Datum und Geb. Ort

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

E-Mail/ URL _____

Beruf/Arbeitgeber _____

Versicherung _____ Zusatzversicherung _____

Erhalten Sie Beihilfe des öffentlichen Dienstes ja nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Internet Telefonbuch
 persönliche Empfehlung durch: _____

Hinweis zur Organisation unserer Praxis: Wir werden im Verlauf einer längeren Behandlung mehrere Termine ausschließlich für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht spätestens 48 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach BGB (120€ / Std.) berechnen müssen.

Datum, Unterschrift