



## 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