

**ANMELDUNG**

Patient: Name  Vorname  Geburtsdatum

Straße, Hausnummer  PLZ, Ort  Telefon/Telefax

Versicherter: Name  Vorname  Geburtsdatum

Straße, Hausnummer  PLZ, Ort  Telefon/Telefax

Krankenkasse\*)/Krankenversicherung

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja  Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja  Nein

\*) Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Krankenversichertenkarte nicht innerhalb 10 Tagen vorgelegt wird.

Beruf  Arbeitgeber  Telefon/Telefax

Durch wen wurden Sie empfohlen?  Karies- und Parodontoseprophylaxe

Zahnfarbene Füllungen

Goldfüllungen

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung  
Ihres Kauorgans?

Amalgamentfernung

Quecksilberentgiftung

Wünschen Sie nur eine Behandlung der z.Z.  
vorhandenen Beschwerden?

Parodontosebehandlung

Implantate

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

Kiefergelenksbehandlung

Laserbehandlung

Naturheilkundliche  
Behandlungsmethoden

Datum, Unterschrift

Sonstiges

Wünschen Sie eine besondere Beratung über: