

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d. h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z. B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/-r Patient/-in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Patient/-in Herr/Frau/Kind	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Name	Vorname	geb.
Anschrift	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Straße/Hausnr.		E-Mail*
	<input type="text"/>		Geburtsort*
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Postleitzahl/Ort		Telefon oder Mobil
Mitglied/ggf. abweichender Zahlungspflichtige/-r (bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Name	Vorname	geb.
Anschrift	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Straße/Hausnr.		E-Mail*
	<input type="text"/>		
	Postleitzahl/Ort		Telefon oder Mobil
Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)	<input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert	<input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt
	<input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-Versicherte(r)	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert
	<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(r)	<input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)
	<input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert		
Beruf des Mitgliedes*	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Schüler/Student		Arbeitgeber
Anschrift des Arbeitgebers*	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Straße/Hausnr.		Postleitzahl/Ort
	<input type="text"/>		Telefon
Beruf des Patienten	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Schüler/Student		Arbeitgeber
Anschrift des Arbeitgebers*	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Straße/Hausnr.		Postleitzahl/Ort
	<input type="text"/>		Telefon

* freiwillige Angaben

Bitte Rückseite beachten!

