



Patientenaufnahmebogen

Bitte füllen Sie alle Fragen möglichst vollständig aus.

Name des Patienten: _____

Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum u. -ort des Patienten: _____

Straße, PLZ, Wohnort: _____

Telefon privat: _____ geschäftlich: _____

Name und Vorname des Versicherten: _____ geb.: _____

versichert bei (Name der Krankenkasse): _____ gesetzlich privat

Name des Zahnarztes: _____

Beruf des Versicherten: _____

Arbeitgeber des Versicherten: _____

Waren Sie oder Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein
von.....bisbei.....

Wie oder durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Hauszahnarzt Internet Bekannte Sonstiges _____

Wünschen Sie eine Terminerinnerung per E-Mail? _____

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten /Patienten

