

DR. CAROLA WOLLENHAUPT

PRAXIS FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER FACHPRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über den Grund Ihres Besuches 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 gemäß § 203 des StGB, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Ihre Dr. med. dent. Carola Wollenhaupt

PATIENT (KIND)	VERSICHERTER
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Geb.-Datum: _____	Geb.-Datum: _____
PLZ und Wohnort: _____	Telefon: _____
Straße, Nr. : _____	Mobil: _____
Telefon: _____	E-Mail: _____
Mobil: _____	Mit der Übermittlung von Rechnungen durch die Praxis Dr. Carola Wollenhaupt auf elektronischem Weg erkläre ich mich hiermit einverstanden
E-Mail: _____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zahnarzt: _____	Arbeitgeber: _____
	Ort des Arbeitgebers: _____
	Beruf: _____
Bei gesetzlich Versicherten:	Bei privat Versicherten:
pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/>	Basistarif <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/>
Mitglied <input type="checkbox"/> Familienangehöriger <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____

BESTELLPRAXIS: HINWEIS ZUR ORGANISATION

Wir werden, falls erforderlich, Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin für Sie da. Eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung ist nur ohne Zeitdruck möglich.
Bei Verhinderung bitten wir rechtzeitig um telefonische Benachrichtigung.

FÜR UNSERE PATIENTEN:

Wurde bei Ihrem Kind bereits von Ihrem Hauszahnarzt die gesetzlich vorgesehene Individualprophylaxe (Vorsorgeuntersuchungen) durchgeführt oder begonnen?

ja
nein

Bitte führen Sie die gültige elektronische Gesundheitskarte bei jedem Besuch in unserer Praxis mit sich und geben Sie die entsprechende Karte auch Ihrem Kind zu den Behandlungsterminen mit. Sollte sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vorliegen, betrachten wir Ihr Kind als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

BITTE WENDEN →

