

# Zahnarztpraxis Steffen Jud

## Anmeldung

Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Teilen Sie uns bitte auch künftige Änderungen Ihrer Anschrift, Wohnort und Gesundheitszustand mit!

Patient/in

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

Handy

E-Mail

Mitglied/Zahl.Pfl. Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

Handy

E-Mail

Name des Kostenträger/ der Versicherung

Ich bin gesetzlich versichert

Ich bin freiwillig gesetzlich versichert

Ich bin beihilfeberechtigt versichert

Ich bin privat versichert

Ich bin Standardtarif-Versicherte/r

Ich bin privat zusatzversichert

Beruf des Mitgliedes

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger:

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des gesetzlichen Vertreter/s notwendig.

Ort, Datum:

Unterschrift Gesetzlicher Vertreter

(ja) (nein) Ist oder war Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

Wenn ja, Kieferorthopäde-Name, Adresse, Telefon

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Bedarfsfall**

**Rückfr. Beim Hausarzt eingeholt werden dürfen**

Name/Tel.Nr. Hausarzt Unterschrift Patient

Allgemeine Fragen

(ja) (nein) Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?

**Wenn ja**, bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

Wie/durch wen wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam?

Datum:

Unterschrift