Anmeldebogen

Zahnarztpraxis
Dr.Görgner

Bei Unklarheiten oder Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Kursiv gedruckte Fragen gehen über die Pflichtangaben, die für die Behandlung an sich notwendig sind, hinaus und sind daher freiwillig.

Name: _____ **Vorname:** _____

geb. am: _____ **Krankenkasse**: _____

bei Familienmitversicherten:

Name, Vorname des Hauptversicherten: _____

geb.: _____

Anschrift

Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Emailadresse: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Bisheriger Zahnarzt: _____

Hausarzt: _____ Ort: _____

- *Wie sind Sie auf uns **aufmerksam** geworden?* ☐ *Internet* ☐ *Praxisschild* ☐ _____
  ☐ *Empfehlung durch:*_____
- *Würden Sie gerne per **SMS** an Ihre Termine bei uns erinnert werden?* *ja* ☐ *nein* ☐
- *Aktuelle **Röntgenbilder*** ☐ *liegen nicht vor* ☐ *bringe ich mit* ☐ *sendet die bisherige ZA-Praxis zu*
- *Haben Sie bereits eine **Zahnzusatzversicherung** abgeschlossen?* *ja* ☐ *nein* ☐

Durch die Beantwortung dieser Fragen stimmen Sie der Verarbeitung und Speicherung dieser Daten zu.