ZAHNARZTPRAXIS
KRISTIN WILLER

Patientenfragebogen

Name | Vorname | Geburtsdatum

Straße | PLZ, Ort

Telefon | Mobil | E-Mail

Krankenkasse

☐ Privat versichert ☐ beihilfeberechtigt ☐ Zusatzversicherung

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren.
- **Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im voraus abzusagen, andernfalls können die daraus entstehenden Kosten in Rechnung gestellt werden.**
- **Ich verpflichte mich, keine Abtretungserklärungen bei meiner Versicherung zu unterzeichnen.**
- **Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen auf allen Seiten gelesen und verstanden habe.**

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger

Bei Kindern und Vormundschaft bitte folgende Angaben ergänzen:

Name des Erziehungsberechtigten /Vormunds | Vorname | Geburtsdatum

Straße | PLZ, Ort

Telefon | Mobil | E-Mail

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger: Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet oder obliegt die Vormundschaft eines Pflegebedürftigen bei einem Dritten, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung hier notwendig:

Datum | Unterschrift des Erziehungsberechtigten /Vormunds