Zahnarztpraxis am Seukenbach
Dr. Sabine Schulze
Am Seukenbach 6a
90556 Seukendorf

Tel.: 09 11 – 37 66 44 44
Fax: 09 11 – 37 66 44 45
Mail: info@zahnarzt-seukendorf.de
www.zahnarzt-seukendorf.de

Patient:	_____	geb.:	_____
Versicherter: *(bei Familienversicherten & Kindern)*	_____	geb.:	_____
Straße:	_____	Tel.privat:	_____
Wohnort:	_____	Handy:	_____
Mail:	_____	Tel.dienstl.:	_____
Beruf:	_____	Arbeitgeber:	_____
Krankenkasse:	_____	Geburtsort:	_____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Ja O Nein O

Reichen Sie Ihre Rechnungen bei der Beihilfe ein? Ja O Nein O

Liegt Ihnen ein Bescheid der Pflegekasse mit Nennung eines **Pflegegrades** vor? Ja O Nein O
Wenn ja, welcher **Pflegegrad** und welcher **Genehmigungszeitraum** wurden bewilligt?

Pflegegrad:_____ Leistungszeitraum:_____

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann, und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen dann gerne ein Taxi.

Bitte bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift die Richtigkeit oben gegebener Angaben und das Sie unsere Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz nach DS-GVO, die Sie jederzeit an der Anmeldung einsehen können, gelesen haben und damit einverstanden sind.

Abschließend noch ein wichtiger Hinweis für Sie: Wir sind eine Bestellpraxis, d. h. wir planen individuelle Termine und Behandlungszeiten für jeden unserer Patienten. Um Wartezeiten möglichst zu vermeiden und einen reibungslosen Praxisablauf für alle unsere Patienten zu gewährleisten, möchten wir Sie bitten, Ihren vereinbarten Termin rechtzeitig, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, andernfalls behalten wir es uns vor, eine Ausfallgebühr in Höhe von € 50 in Rechnung stellen.

_____ _____
Datum Unterschrift