

PATIENTENAUFNAHMEBOGEN



ZAHNARZTPRAXIS
Dr. med. dent. Friederike Selchow

Nachname, Vorname (Patient/in)

Geburtsort , Geburtsdatum

Nachname, Vorname (Versicherter)

Geburtsdatum

Krankenkasse / bitte auch private
Zusatzversicherung angeben

Adresse

Telefon: privat

mobil

geschäftlich

Kinderärztin/Kinderarzt - Name, Adresse, Telefon

Kieferorthopäde / Kieferorthopädin - Name, Adresse, Telefon

Logopäde / Logopädin - Name, Adresse, Telefon

weitere mitbehandelnde Ärzte / Ärztinnen (z.B. Homöopath, Osteopath) - Name, Adresse, Telefon

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

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

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigte/r)

Geburtsdatum

Adresse

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r