

IHRE PERSÖNLICHEN DATEN:

PATIENTIN / PATIENT	VERSICHERTER / RECHNUNG
NAME	
VORNAME	
GEBURTSDATUM	
STRASSE	
PLZ / WOHNORT	
TELEFON – PRIVAT	
TELEFON – BERUFLICH	
TELEFON – MOBIL	
E-MAIL ADRESSE	

VERSICHERUNG - PRIVAT/GESETZLICH _____

MEIN ÜBERWEISENDER ZAHNARZT IST _____

ADRESSE MEINES ZAHNARZTES _____

IM MOMENT HABE ICH ZAHNSCHMERZEN

ES LIEGEN AKTUELLE RÖNTGENAUFNAHMEN VOR

ICH LEIDE UNTER ALLERGIEN UND/ODER UNVERTRÄGLICHKEITEN (ASS, PENICILLIN USW.): _____

GEGENWÄRTIG NEHME ICH FOLGENDE MEDIKAMENTE EIN: _____

ICH LEIDE UNTER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN (HERZ, KREISLAUF, ATMUNG, DIABETES, HIV): _____

ICH BIN DAMIT EINVERSTANDEN, DASS MEINE PERSONENBEZOGENEN DATEN, ALLE HIER ERHOBENEN BEFUNDE UND RÖNTGENBILDER SOWIE WEITERGEHENDE AUFZEICHNUNGEN VON ALLEN MITGLIEDERN UND MITARBEITERN DIESER PRAXIS PSYUDONYMISIERT ZU WISSENSCHAFTLICHEN ZWECKEN AUSGEWERTET WERDEN DÜRFEN.
 DIESE EINWILLIGUNG KANN ICH JEDERZEIT DER PRAXIS GEGENÜBER WIDERRUFEN.
 DIE INFORMATIONEN ZUR ERHEBUNG PERSONENBEZOGENER DATEN SIND IN DER PRAXIS EINSEHBAR

ICH BIN DARÜBER INFORMIERT, DASS ICH ÜBER DIE BEHANDLUNGEN EINE RECHNUNG AUF BASIS DER GEBÜHRENORDNUNG FÜR ZAHNÄRZTE (GOZ) ERHALTEN WERDE. EINE ABRECHNUNG IM RAHMEN DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG KANN NICHT ERFOLGEN. ICH VERZICHTE DARAUF, FORDERUNGEN AUF DIE ERSTELLTE LIQUIDATION ABZUTRETEN ODER ZU VERPFÄNDEN.

HAMBURG, DEN _____

UNTERSCHRIFT _____