



Herzlich willkommen in der Kieferorthopädischen Fachpraxis von Dr. Ruth Drosner-Unterguggenberger

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen bitten wir uns umgehend mitzuteilen.

Personalien

Name:	Vorname:	geb.:		
Straße/Nr.:	PLZ/Wohnort:			
Tel. privat:	E-Mail:			
Tel. Geschäft:	Fax:	mobil:		
gesetzl. Krankenkasse:	<input type="radio"/> selbst versichert	<input type="radio"/> Ehepartner	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Mutter
	<input type="radio"/> private Zusatzversicherung	<input type="radio"/> ARGE		
private Versicherung:	<input type="radio"/> beihilfeberechtigt?	<input type="radio"/> Basistarif?		
Versicherter (Name, Vorname):	geb.:			
Beruf:	Arbeitgeber:			
Anschrift des Versicherten (falls anders als oben angegeben!):				
Ihr behandelnder Zahnarzt:				
empfohlen/überwiesen von:				

Gesundheitsfragebogen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Wurden Sie früher schon kieferorthopädisch beraten? Wann, wo? _____
- Wurden Sie früher kieferorthopädisch behandelt? Wann, wo? _____
- Existieren Zahn-, Kiefer-, oder Röntgenbilder jüngeren Datums? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche? _____
- Leiden Sie an Allergien, welche? _____
- Leiden Sie an Erkrankungen, welche? _____

Organisationshinweis

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Arbeitsablauf zu erreichen, reservieren wir Termine für Sie. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass reservierte und nicht abgesagte Termine (mind. 24 Stunden im voraus) in Rechnung gestellt werden können.

Für gesetzlich versicherte Patienten unter 18 Jahren gilt: **ohne eingeleseene Versichertenkarte können erbrachte Leistungen nur privat in Rechnung gestellt werden.**

Datum

Unterschrift des Versicherten