
Dorfplatz 5, 6375 Beckenried Tel: 041 620 01 11

Patientenaufnahmebogen

| | |
|---|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Geb.-Datum | |
| Beruf | |
| Wohnadresse | |
| PLZ / Ort | |
| Telefon Privat | |
| Telefon Geschäft | |
| Handy | |
| E-Mail | |
| Ihr Hausarzt | |
| Empfohlen / Überwiesen von | |
| Bei Kindern: Gesetzlicher Vertreter (Name / Vorname) | |
| Kostenträger | <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistung <input type="checkbox"/> Sozialhilfe |

Patientenerklärung

Mit der Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung erforderlichen Daten an die von uns beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten.

Alle Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis und werden streng vertraulich behandelt.

Patienteninformationen werden seitens der Zahnarztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen.

Bitte noch weiter ausfüllen!! ►

