Drs. Johannes Deriks, Theodor-Heuss-Str. 15 41812 Erkelenz

ZAHNARZTPRAXIS DERIKS

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich Willkommen und vielen Dank, dass Sie in meine Praxis kommen. Bevor wir uns in Ruhe Ihre zahnmedizinische Behandlung widmen können, benötigen wir von Ihnen Ihre Personalien, sowie Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz, und werden von uns streng vertraulich behandelt!

Patient/in: **Name, Vorname:**_____ **Geb. Datum:**_____

Versichert über: **Name, Vorname:**_____ **Geb. Datum:**_____

Anschrift: **Straße, Hausnr.:**_____

PLZ, Ort:_____

Telefon:_____**Mobil:**_____

Telefon tagsüber:_____ **Arbeitgeber:**_____

Krankenkasse:_____

GKV-pflichtversichert : ☐ **GKV-freiwillig :** ☐ **Privat :** ☐

Sie kommen auf Empfehlung von:_____

Nun einige Worte zu unserer Organisation:

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt.

Wir bitten Sie deshalb bei einem Notfall **vorher** anzurufen, wir werden dann unser mögliches tun um einen passenden Termin für Sie zu finden.

Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie um rechtzeitige Benachrichtigung (mindestens 24 Std. vorher), damit wir diese reservierte Zeit noch anderweitig weitergeben können. **Andernfalls kann Ihnen die reservierte, aber nicht genutzte Zeit in Rechnung gestellt werden.**

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Einverständniserklärung Recall:

Ich möchte den kostenlosen Erinnerungsservice zur Vorsorge (Recall) Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen schriftlich an einen Vorsorge Termin zur Untersuchung.

Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit wiederrufen.

Erkelenz, den_____

Datum Unterschrift Patient

- Bitte wenden -