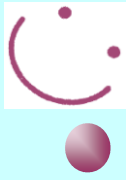


WEISSENBURGER PLATZ 8 D 81667 MÜNCHEN



ZAHNARZTPRAXIS
H A I D H A U S E N
Dr. H-R. Kurpiers u. J. Klose

Telefon: +49 89 458 799 36
Fax: +49 89 458 799 37
E-Mail: dr@kurpiers-klose.de
http://www.kurpiers-klose.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:

Name _____ Vorname _____ geb. _____
Für Kinder : Mitversichert bei : _____

Anschrift:

Straße: _____ Nr. _____ PLZ : _____ Ort _____
Telefon: _____ Handy: _____ E-Mail _____

Krankenkasse/Versicherung:

Beruf./Arbeitgeber

Empfohlen durch _____

Ich wünsche darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsleistungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden.

- Ich möchte grundsätzlich nur die Kassenleistung
- Ich möchte am Recall teilnehmen per
- E-Mail
- SMS
- Brief

Für Kassenpatienten

Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte in jedem Quartal. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. **Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine in Höhe von 50.00 € pro angefangene 1/2 Stunde nach der privaten Gebührenordnung in Rechnung zu stellen.**

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in dies Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Neben unserem **Recall-Service** erinnern wir Sie gerne einen Tag vor Ihrem Besuch an einen vereinbarten Termin in unserer Praxis. Dies gibt Ihnen und uns größtmögliche Planungssicherheit und hilft Wartezeiten auszuschließen.

--Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Behandlung mit Anästhesie in Ihrer Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein können.

Datum _____

Unterschrift _____

..auf der Rückseite geht es noch weiter !!! Bitte wenden