

Herzlich willkommen

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 Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Ihr Praxisteam

Zahnärztin

Dr. Philo von Schaabner-Haase



Doktorswiese 1
38640 Goslar
schaabner-haase.de

Tel 05321 45114
Fax 05321 393580
praxis@schaabner-haase.de

Patient

Name _____

Vorname _____

Geb. Dat. _____

Adresse _____
Straße _____ Nr. _____
PLZ _____ Ort _____

Telefon / privat _____

Telefon / Arbeit _____

Mobiltelefon _____

E-Mail-Adresse _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Versicherter

Name _____

Vorname _____

Geb. Dat. _____

Adresse _____
Straße _____ Nr. _____
PLZ _____ Ort _____

Versicherung

- Gesetzliche Krankenversicherung
- Private Krankenversicherung
- Zusatzversicherung

Wünschen Sie eine Beratung über

- Prophylaxe und professionelle Zahnreinigung
- Individualprophylaxe für Kinder
- hochwertige Füllungen oder Kronen aus Cerec-Keramik in nur einer Sitzung
- festsitzender Zahnersatz aus Vollkeramik

- Implantate
- Amalgamentfernung
- Schnarchen/Knirschen
- Kiefergelenksbeschwerden
- Nacken-/Rückenbeschwerden
- Tinnitus/Kopfschmerzen

Noch ein Hinweis zur Organisation unserer **Bestellpraxis**: Wir werden, falls erforderlich und Sie es wünschen, gleich mehrere Termine ausschließlich für Sie reservieren, um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht spätestens 48 Stunden vorher abgesagt werden, nach GOZ berechnen müssen.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass mir bewusst ist, dass außervertragliche Leistungen nicht oder nur teilweise von den Versicherungsträgern erstattet werden und erkläre mich bereit, das entstehende Honorar, unabhängig von einer Erstattung, nach Rechnungsstellung zu begleichen. Auf Wunsch erhalte ich eine Kopie dieser Erklärung.

Datum

Unterschrift