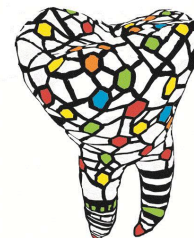


**Gemeinschaftspraxis  
Dr. Christa Hoppe  
Dr. Stephanie Hoppe  
Zahnärztinnen**



**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.

**Krankenkasse:** .....  
Krankenkasse Ort Familienversichert bei

**Anschrift:** .....  
Strasse Nr. PLZ, Ort  
.....  
Telefon (privat) tagsüber(dienstl.) Email Adresse

**Arbeitgeber:** .....

**Hausarzt:** .....  
Name Adresse Telefon

**Wichtige Informationen:**

**Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsleistungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von der Krankenkasse nicht oder nur teilweise übernommen werden?**

- Ja  Nein

**Wünschen Sie über Professionelle Zahnreinigung (PZR) informiert zu werden?**

- Ja  Nein

**Möchten Sie halbjährlich an Ihren kostenfreien Vorsorgetermin erinnert werden?**

- Ja  Nein

**Organisatorische Hinweise:**

Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so erhalten Sie eine Privatrechnung.

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, ist unsere Praxis als Bestellpraxis organisiert. Deshalb bitten wir Sie bei Verhinderung, vereinbarte Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Für den Fall der nicht rechtzeitigen Absage, bin ich damit einverstanden, dass mir ein Ausfallshonorar von 50 Euro/halbe Stunde in Rechnung gestellt wird.

Datum .....

Unterschrift.....