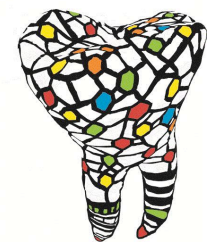
Gemeinschaftspraxis
Dr. Christa Hoppe
Dr. Stephanie Hoppe
Zahnärztinnen



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

Sind Sie **Beihilfe** berechtigt? □ Ja □ Nein Haben Sie einen **Basistarif?** □ Ja □ Nein

Haben Sie einen **Standardtarif?** □ Ja □ Nein

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 Versorgungen 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……..

Promenade 2/96047 Bamberg/Tel.: 0951-24418/Fax: 0951-2087254/www.dr.hoppe-zahnarztpraxis.de