

HERZLICH-WILLKOMMEN

IN UNSERER PRIVATPRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

DR. HEINZEL, DR. LAMBRICH, DR. LUDWIG
Von-Lassberg-Str. 23 D-88709 Meersburg

Bevor wir uns in Ruhe Ihre zahnmedizinischen Wünsche besprechen, 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.

Ihr Praxisteam Dr. Heinzel, Dr. Lambrich, Dr. Ludwig

Patient

Herr/Frau/Kind

Vorname Name Geb.

Mitglied

(falls nicht selbst versichert)

Vorname Name Geb.

Anschrift

Straße Nr.

Land Postleitzahl Ort

Telefon privat Mobiltelefon Telefon tagsüber

Versicherung

Beruf

E-Mail

Wünschen Sie eine Beratung über:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ein intensives Prophylaxeprogramm | <input type="checkbox"/> Implantate |
| <input type="checkbox"/> eine Amalgam-Entfernung unter Schutz | <input type="checkbox"/> Aufhellung der Zahnfarbe (Bleaching) |
| <input type="checkbox"/> Austestung der verwendeten Materialien | <input type="checkbox"/> das Kiefergelenk |
| <input type="checkbox"/> eine naturheilkundliche Begleitbehandlung | <input type="checkbox"/> eine Behandlung unter Schlaf- oder Vollnarkose |
| <input type="checkbox"/> biokompatibler Zahnersatz aus Vollkeramik | |

Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

Hinweis zur Organisation unserer **Bestellpraxis**:

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine ausschließlich für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Für die Erstuntersuchung haben wir deshalb 1,5 Std. vorgesehen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir diesen Termin und nicht eingehaltene Termine, die nicht spätestens 48 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach der GOZ berechnen müssen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich als Privatpatient behandelt werden möchte – die Berechnung der Leistungen erfolgt gemäß den Ziffern der gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Leistungsbeschreibung für Natur- und Erfahrungsheilkunde in der Zahnarztpraxis (LNZ).

Ich weiß, dass die naturheilkundlichen Leistungen nicht oder nur teilweise von meinen Versicherungsträgern erstattet werden und erkläre mich bereit, unabhängig von einer Erstattung, das entstehende Honorar innerhalb von zwei Wochen nach Rechnungsstellung zu begleichen.

Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten

_____ Datum

_____ Unterschrift