

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/-r Patient/-in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Patient/-in
Herr/Frau/Kind

Name	Vorname	geb.
------	---------	------

Anschrift

Straße/Hausnr.	E-Mail	Geburtsort
Postleitzahl/Ort	Telefon	Mobil

**Mitglied/
Zahlungspflichtige/-r**
(bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

Name	Vorname	geb.
------	---------	------

Anschrift

Straße/Hausnr.	E-Mail
Postleitzahl/Ort	Telefon
	Mobil

Name des Kostenträgers
(Krankenkasse oder Versicherung)

--

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Ich bin pflichtversichert | ☐ Ich bin privat versichert | ☐ Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt |
| ☐ Ich bin freiwillig versichert | ☐ Ich bin Standardtarif-Versicherte(r) | ☐ Ich bin nicht versichert |
| ☐ Ich bin beihilfeberechtigt | ☐ Ich bin Basistarif-Versicherte(r) | ☐ Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| ☐ Ich bin privat zusatzversichert | | |

Beruf des Mitgliedes

Schüler/Student	Arbeitgeber
-----------------	-------------

Anschrift des Arbeitgebers

Straße/Hausnr.	Postleitzahl/Ort	Telefon
----------------	------------------	---------

Beruf des Patienten

Schüler/Student	Arbeitgeber
-----------------	-------------

Anschrift des Arbeitgebers

Straße/Hausnr.	Postleitzahl/Ort	Telefon
----------------	------------------	---------

