



ZAHNARZT
Dr. Karl- Enno Hinrichs

Anmeldebogen

Patient **Name:**
 Vorname:
 Geb.:
 Wohnort:
 Strasse:
 Beruf:
 Telefon (privat):
 Telefon (dienstlich):
 Mobil:
 Email:

Versicherter **Name:**
 Vorname:
 Geb.:
 Wohnort:
 Strasse:

Krankenversicherung:

Sind Sie freiwillig versichert? *)	Ja	Nein
Haben Sie eine Zusatzvers.?	Ja	Nein
Sind Sie beihilfeberechtigt?	Ja	Nein
Bei Privatversicherte: Basistarif?	Ja	Nein

*) Freiwillig Versicherten und deren Angehörigen erstattet die Krankenversicherung die Behandlungskosten gegen Rechnung. Das kann für Sie vorteilhaft sein. Sprechen Sie mit uns!

Mein Hauptanliegen ist:

**Wann und was war Ihre
letzte Zahnbehandlung?**

Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

Möchten Sie per SMS an Ihren Termin erinnert werden? Ja Nein

Bitte beachten Sie:

**Betäubungsmittel zur Lokalanästhesie können die allgemeine Verkehrstüchtigkeit
(Auto, Fahrrad, Fußgänger...) über mehrere Stunden herabsetzen!**