

Dr. Harald Johannes Feldmann Rohdestr. 5 27472 Cuxhaven

Telefon 04721 / 38018 - Telefax 04721 / 7075432

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns ausführlich über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen 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.
Ihr Praxisteam.

**Patient
Herr/Frau/Kind**

Name Vorname geb.

Mitglied

geb.

Anschrift

Straße Nr. Tel. Privat / dienstlich

Handy-Nr. Patient E-Mailadresse

Plz Ort

**Krankenkasse
oder Versicherung**

Beruf:

Hauszahnarzt

Empfohlen/ Überwiesen durch: _____

Kassenpatienten

Wir brauchen die Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Bestellpraxis

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Datum

Unterschrift