

DRES.MED.DENT.
RITTER & COLLENBERG
ZAHNÄRZTE

Gemeinschaftspraxis Dr. Horst Ritter & Dr. Martin Collenberg – Ottilienstrasse. 1 – 90461 Nürnberg

AUFNAHMEDATEN

PATIENT:

Name: _____

Vorname: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon privat: : _____

Telefon tagsüber: : _____

Telefon mobil: : _____

e-mail: : _____

Beruf / Arbeitgeber _____

Krankenversicherung: : _____

Zahnzusatzversicherung: : _____

Allgemeinerkrankungen:

Allergie: (Allergiepass?) :

_____ Herz: (Herzpass?)

_____ Blut (erhöhte Blutungsneigung?)

_____ Diabetes?

_____ Andere:

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche:

MITGLIED:

(falls Sie bei Ehepartner, Eltern o.ä. mitversichert sind)

Name: _____

Vorname: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Ich wohne in der Nähe / Praxisschild
- Durch Empfehlung von
- Telefonbuch / Gelbe Seiten
- Internet / Homepage
- Anders: _____

Bitte teilen Sie uns neue Erkrankungen, neue Medikamente oder **Schwangerschaft** vor der Behandlung mit.

Mir ist bekannt, dass die Lokalanästhesie („Spritze“) bei der Zahnbehandlung zu einer Einschränkung des Reaktionsvermögens führen kann. Am Strassenverkehr darf deshalb erst nach Abklingen der Betäubung teilgenommen werden.

Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Gebuchte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher freigegebene Behandlungszeiten können mit mindestens Euro 35,00 in Rechnung gestellt werden.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben:

Datum: _____ Unterschrift: _____