



Name, Vorname

Geburtsdatum

Hausarzt

Telefonnummer/ Handynummer

E-Mail-Adresse

Einverständniserklärung zur Terminerinnerung per E-Mail und/oder SMS

Ich bin damit einverstanden, dass ich per E-Mail und/oder SMS an meine Zahnarzttermine erinnert werde. Die Einverständniserklärung gilt bis auf weiteres ab Datum der Unterschrift und kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs wird die Aufnahme unverzüglich gelöscht.

Datum/Unterschrift

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig und teilen uns Änderungen unverzüglich mit!
 Dies ist wichtig für eine korrekte und risikofreie Behandlung.
 Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

X	Zutreffendes bitte ankreuzen!	
	Einnahme Blutverdünner	Asthma bronchiale
	Herzinfarkt	Chronische Bronchitis
	Schlaganfall	Glaukom
	Herzschrittmacher	Epilepsie
	zu niedriger Blutdruck	Hepatitis
	zu hoher Blutdruck	HIV / Aids
	Diabetes (Zuckerkrankheit)	MRSA
	Nierenerkrankung	Allergien
	Krebserkrankung	Regelmäßiger Tabakkonsum
	Osteoporose	Pflegegrad 1 2 3 4 5
	Rheuma	Zahnzusatzversicherung
	Gicht	Schwangerschaft
	Sonstiges:	

Wenn Sie Medikamente einnehmen, legen Sie uns bitte Ihren **Medikamentenplan** vor!

Terminreservierungen sind in der Zahnarztpraxis Diana Rost in Lübbenau grundsätzlich verbindlich. Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie diesen bis mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Bei Nichterscheinen behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar von 60% in Rechnung zu stellen.

Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Jährliche Überprüfung der Angaben:

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind.

.....
Datum _____ Unterschrift _____

.....
Datum _____ Unterschrift _____

.....
Datum _____ Unterschrift _____

.....
Datum _____ Unterschrift _____

.....
Datum _____ Unterschrift _____

.....
Datum _____ Unterschrift _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.