

Dipl.stomat. Torsten Rauschenbach Hauptstr. 59, 73054 Eislingen

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche 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.

Patient _____
Herr/Frau/Kind Name Vorname geb.

Versicherter _____
Name Vorname geb.

Anschrift _____
Strasse / Hausnr. PLZ/ Ort Tel.priv./gesch./Handy

Krankenkasse _____

Beruf/
Arbeitgeber _____

Sind Sie freiwillig versichert? Ja 0 nein 0

Vorbehandler: _____
(Zahnarzt/Kieferorthopäde/Oralchirurg)

Hinweis zur Organisation

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da.

Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, daß wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden nach GOZ berechnen müssen. (80 Euro /Std.) § 615, 611 BGE

Bedenken Sie bitte, daß Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen, dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren Versorgung möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden ?

Ja 0 Nein 0

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden ?

Ja 0 Nein 0

