



**Dres. Katja & Thomas Feyer**  
Fachpraxis für Kieferorthopädie

NAME DES PATIENTEN: \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM: \_\_\_\_\_

STRASSE: \_\_\_\_\_

WOHNORT: \_\_\_\_\_

NAME DES VERSICHERTEN/ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN: \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM DES VERSICHERTEN/ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN: \_\_\_\_\_

NAME DER KRANKENKASSE/VERSICHERUNG: \_\_\_\_\_

BEIHILFESTELLE: \_\_\_\_\_

FREIWILLIG VERSICHERT:  JA  NEIN

BASISTARIFVERSICHERT:  JA  NEIN

BERUF DES VERSICHERTEN: \_\_\_\_\_

ARBEITGEBER: \_\_\_\_\_

TELEFON PRIVAT: \_\_\_\_\_ GESCHÄFTLICH: \_\_\_\_\_

TELEFON MOBIL: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

ZAHNARZT:  \_\_\_\_\_

IM WECHSEL

EMPFEHLUNG/ÜBERWEISUNG:  JA  EIGENINITIATIVE

FRÜHERE KFO-BEHANDLUNG:  NEIN  2. MEINUNG

ABGEBROCHEN  BEENDET: JAHR: \_\_\_\_\_

HAUS (KINDER) ARZT: \_\_\_\_\_

HNO: \_\_\_\_\_

MEDIKAMENTE: \_\_\_\_\_

ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN:

JA

- BESTEHT EINE HERZ- KREISLAUFERKRANKUNG
- ANSTECKENDE KRANKHEIT
- ZUCKERKRANKHEIT (DIABETES MELLITUS)
- BLUTUNGSNEIGUNG
- CHRONISCHE GELBSUCHT (HEPATITIS)
- HABEN SIE EINEN ALLERGIEPASS
- SIND SIE SCHWANGER
- SIND IM LETZTEN JAHR RÖNTGENAUFNAHMEN DURCH DEN ZAHNARZT ANGEFERTIGT WORDEN

MUSIKINSTRUMENT: \_\_\_\_\_ SPORT: \_\_\_\_\_

WIR BITTEN SIE, ALLE ANGABEN VOLLSTÄNDIG UND WAHRHEITSGEMÄSS ZU ERTEILEN. IHRE ANGABEN WERDEN STRENG VERTRAULICH BEHANDELT. SIE UNTERLIEGEN DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT. DIE BEHANDLUNG IN DIESER PRAXIS ERFOLGT IM TEAM. EIN ANSPRUCH AUF EINEN FESTEN BEHANDLER KANN NICHT ZUGESICHERT WERDEN. IM FALLE DER ÜBERGABE DER PRAXIS AN EINEN NACHFOLGER BIN ICH MIT DER ÜBERGABE DER PATIENTENKARTEI AN DEN NACHFOLGER EINVERSTANDEN. DER RECHNUNGSEMPFÄNGER WILLIGT EIN, DASS EINE LIQUIDATION AUCH ÜBER EINE VERRECHNUNGSSTELLE ERFOLGEN KANN.

BREMEN, DEN:

UNTERSCHRIFT: