



Fachpraxis für Kieferorthopädie  
Dr. Katja Feyer – Dr. Thomas Feyer

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten/Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Versicherten/Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse/Versicherung: \_\_\_\_\_

Beruf des Versicherten: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handynummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> besteht eine Herz-Kreislauferkrankung | <input type="checkbox"/> Sind im letzten Jahr Röntgenaufnahmen durch den Zahnarzt angefertigt worden? |
| <input type="checkbox"/> ansteckende Krankheit/en              | Wann: _____   |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung                       |   |
| <input type="checkbox"/> chronische Gelbsucht (Hepatitis)      |   |

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Behandlung in der Praxis im Team erfolgt. Ein Anspruch auf einen festen Behandler kann nicht zugesichert werden. Langzeitermine werden grundsätzlich für den Vormittag vergeben.

Die Abrechnung erfolgt entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte / Ärzte (GOZ/GOÄ). Die Leistungen sind unabhängig von der Erstattung privater Krankenversicherungen bzw. ggf. etwaiger Erstattungen von Beihilfestellen in voller Höhe zur Zahlung fällig. Die Erstattung der Vergütung ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet. Unabhängig von der Kostenerstattung verpflichte ich mich zur Zahlung der erbrachten Leistungen.

Meine Angaben sind vollständig und wahrheitsgemäß. Ärzte und Mitarbeiter der Praxis unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie der DSGVO.

Im Falle der Übergabe der Praxis an einen Nachfolger bin ich mit der Übergabe der Patientenkartei an den Nachfolger einverstanden.

Bremen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_