

Freiburger Straße 4  
79312 Emmendingen  
Fon 07641-8782  
Fax 07641-570451  
e-mail: info@zahnarzt-lotz.de  
netz: www.zahnarzt-lotz.de

**Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen!**

Die folgenden Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht; wir bitten Sie, diesen Aufnahmebogen sorgfältig auszufüllen.

**Patient**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Mitglied**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Anschrift**

Strasse \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Tel. privat/gesch./mobil \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**Krankenkasse**

**Zahnarzt**

Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen der Zähne und der Kiefer bzw. des Schädels aufgenommen?

Datum / Jahr \_\_\_\_\_ Name des Zahnarztes/ Kieferorthopäden \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft? ja / nein / unsicher

Ich verpflichte mich, während der Behandlungsdauer eintretende Änderungen der Zahnärztin mitzuteilen.

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Falls es jedoch aus medizinischen Gründen zu Zeitverzögerungen kommen sollte, bitten wir Sie um Verständnis.

Wenn Sie einmal aus dringenden Gründen einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen bis spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Bei Fragen steht Ihnen das gesamte Praxisteam gerne zur Verfügung.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift ( ggfls Erziehungsberechtigter) \_\_\_\_\_