

# HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

# DRES BOGLER

KIEFERORTHOPÄDIE

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen 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. Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

## PATIENTIN/PATIENT

\_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum Geburtsort

## MITGLIED

\_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum Geburtsort

## ANSCHRIFT

\_\_\_\_\_  
Straße PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon privat Telefon geschäftlich E-Mail

## KRANKENKASSE ODER VERSICHERUNG

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

gesetzlich versichert  Zusatzversicherung  
 privat versichert  beihilfeberechtigt

## ZAHNÄRZTIN/ZAHNARZT

\_\_\_\_\_  
Name, Ort

## WANN WURDEN DIE LETZTEN RÖNTGENAUFNAHMEN DER ZÄHNE UND DER KIEFER BZW. DES SCHÄDELS AUFGENOMMEN?

\_\_\_\_\_  
Name der Zahnärztin/des Zahnarztes oder der Kieferorthopädin/des Kieferorthopäden Datum, Jahr

BESTEHT EINE SCHWANGERSCHAFT?  ja  nein  unsicher

## WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

Überweisung Hauszahnarzt  Homepage  Werbung  
 persönliche Empfehlung  Google  Sonstiges \_\_\_\_\_

Ich verpflichte mich, während der Behandlungsdauer eintretende Änderungen umgehend 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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift/gegebenenfalls Erziehungsberechtigter

Dr. Friederike Bogler  
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie  
Freiburger Str. 4  
79312 Emmendingen

T 07641 87 82  
F 07641 570 451  
M info@zahnarzte-bogler.de  
W www.zahnarzte-bogler.de