



Kieferorthopädische Praxis Gertzen
Toralf Gertzen & Martina Gertzen

Kinder-Anamnesebogen – Deine persönlichen Daten 1

Patient	Versicherter
Name _____	Name _____
Vorname _____	Vorname _____
Geb.-Datum _____	Geb.-Datum _____
Anschrift	Telefon
PLZ _____	privat _____
Wohnort _____	tagsüber _____
Geb.-Datum _____	Mobil _____
Straße, Hausnr. _____	eMail _____
Arbeitgeber _____	Beruf _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Daten und Ihres Gesundheitszustandes sehr zeitnah mit.

Wir sind eine Bestellpraxis, um Ihnen möglichst kurze Wartezeiten zu ermöglichen. Für fest reservierte Termine, die ohne Absage (24 Stunden vorher) nicht eingehalten werden, behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr zu berechnen. Bei jedem Termin, der von unserer Praxis vergeben wird, handelt es sich um einen Termin der 1. Klasse. Diese sind vollkommen unabhängig vom Versicherungsstatus.

Ihre Versicherung / Krankenkasse: _____

Wie sind Sie versichert?

privat

Standardtarif
Basistarif der PKV
Beihilfe berechtigt
Freiwillig versichert
Kostenerstattung

gesetzlich

Pflichtversichert
Härtefall/ Befreiung
Zahnezusatzversicherung
Name der Zusatzversicherung: _____

Für privat- und zusatzversicherte Patienten:

Haben Sie eine Selbstbeteiligung? Wenn Ja, wie hoch: _____ Ja Nein

Haben Sie ein max. Erstattungs-Budget pro Jahr? Wenn Ja, wie hoch: _____ Ja Nein

Wenn Ja. Bitte genau erläutern, damit wir dies berücksichtigen können, falls eine Behandlung notwendig ist: