

**BITTE VOR DER BEHANDLUNG AUSFÜLLEN UND BEI DER ANMELDUNG ABGEBEN**  
**BITTE DEUTLICH SCHREIBEN**

**Patient** .....  
Name ..... Vorname ..... geb. ....

**Haupt-Versicherter** .....  
Name ..... Vorname ..... geb. ....

**Anschrift** .....  
Straße .....

.....  
Postleitzahl ..... Wohnort .....

.....  
Telefon (privat) ..... Telefon (mobil und/oder geschäftlich) .....

.....  
Email-Adresse .....

**Gesetzl. Krankenkasse** .....

**Private Krankenkasse** ..... **Beihilfe** ja  nein   
(Bitte Bezeichnung der Kasse angeben) (bitte ankreuzen)

**- Bei minderjährigen und somit nicht geschäftsfähigen Patienten ist immer der Hauptversicherte anzugeben –**

**Private Zusatzversicherung für stationäre Leistungen:** ja  nein  **bitte unbedingt angeben und ankreuzen!**  
(falls vorhanden)

**Private Zusatzversicherung für Zahnimplantate etc.** ja  nein  **bitte unbedingt angeben und ankreuzen!**  
(falls vorhanden)

**Beruf** .....

**Arbeitgeber** .....

Leiden Sie an akuten oder chron. Erkrankungen des Kreislaufs (Herz)  
.....

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids, usw.) .....

Innere Krankheiten (Diabetes, usw.) .....

Arzneimittelüberempfindlichkeit .....

Schwangerschaft: Ja  Nein  wenn ja – welcher Monat .....

Röntgenuntersuchung: Wurden Sie im Fachgebiet (Kopf/Kiefer) schon einmal geröntgt: ja  nein   
Wenn ja, wann? .....

Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein: Ja  Nein  (bitte ankreuzen)

Wenn ja, welche? .....

Überwiesen/empfohlen durch .....

**Wir müssen darauf hinweisen, dass bei vereinbarten und nicht abgesagten Terminen eine Ausfallrechnung erstellt wird.**

**BITTE WENDEN**

**Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten  
gem. § 73 Abs. 1b SGB V**

**Bitte ankreuzen!**

- Ich erkläre mich einverstanden,
- ich erkläre mich nicht einverstanden,
  
- dass die Praxis Prof. Dr. Dr. Philipp Jürgens mich betreffende Behandlungsdaten, Befunde und Röntgenbilder bei meinem Zahnarzt, Kieferorthopäden, Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern kann,
- dass die Praxis Prof. Dr. Dr. Philipp Jürgens mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermitteln kann.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

.....  
München, Datum

.....  
Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter