

DR. MED. DENT. MSc
ALEXANDRA ORDELHEIDE
ZAHNÄRZTIN

DR. MED. DENT.
KARSTEN ORDELHEIDE
ZAHNARZT

DR. MED. DENT.
MICHAEL BONSE
ZAHNARZT

DR. MED. DENT.
NINA KLAHOLZ
ZAHNÄRZTIN



GIEVENBECK
Potstiege 3
48161 Münster
0251.861842

gievenbeck@dr-ordelheide.de

KREUZVIERTEL
Wichernstraße 22
48147 Münster
0251.272043

kreuzviertel@dr-ordelheide.de

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

PATIENTENDATEN

Patient: _____
Geburtsdatum: _____ Versicherter: _____
Geburtsort: _____ Name: _____
Anschrift: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Telefon/Mobil: _____
E-mail: _____
Krankenkasse: _____

Für Privatversicherte: Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass unsere Rechnungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstellt werden, und nicht nach der Erstattungsfähigkeit von Beihilfestellen. Mit unten stehender Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden.

Reagiert Ihr Kind überempfindlich auf bestimmte Stoffe, Penicillin, Jod, etc.? ja [] nein []

Wenn ja, auf welche Stoffe? _____

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja [] nein []

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen? ja [] nein []

Wenn ja, welche? _____

Ihr Kinderarzt ist: _____

War Ihr Kind vorher schon einmal beim Zahnarzt? ja [] nein []

Wie sind Sie und Ihr Kind auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung [] Praxisschild [] Telefonbuch [] Internet []

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich

Vielen Dank!

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter