



MKG BOGENHAUSEN | PRINZ 78

## Patienten-Aufnahmebogen

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ O weiblich O männlich

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon (privat) \_\_\_\_\_ (gesch.) \_\_\_\_\_

(mobil) \_\_\_\_\_

Email-Adresse \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse bzw. -versicherung \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Privat versichert               | <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert |
| <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt              | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung    |
| <input type="checkbox"/> Bundeswehr                      | <input type="checkbox"/> Zivildienst           |
| <input type="checkbox"/> Europäische Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Sonstige _____        |

Mein behandelnder Zahnarzt/Kieferorthopäde: \_\_\_\_\_

Ich wurde überwiesen vom Arzt/ Zahnarzt  oder:  
aufmerksam auf die Praxis durch \_\_\_\_\_

(z.B. Google, Website etc.)

**Sind Sie als Patient nicht der Hauptversicherte, sondern über einen Elternteil, Ihren Ehepartner oder eine andere Person versichert, ergänzen Sie bitte die folgenden Angaben:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ O weiblich O männlich

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

→Bitte wenden...