



PATIENTEN - ANMELDUNG

Dr. med. dent. Sara Preisler | Gerbermühlstr. 7 | 60594 Frankfurt am Main

Datum:

Nr.

Patient: Geburtsdatum:

Geburtsort: männlich weiblich

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE

Mutter: erziehungsberechtigt

Beruf: Geburtsdatum:

Vater: erziehungsberechtigt

Beruf: Geburtsdatum:

weitere: Geburtsdatum:

ADRESSE / KONTAKT

Straße: Tel. priv.:

PLZ, Ort: Tel. gesch.:

E-Mail: Tel. mobil:

VERSICHERUNG

Das Kind ist **gesetzlich** versichert

Name der Krankenkasse:

gesetzlich pflichtversichert

gesetzlich freiwillig versichert. Haben Sie Kostenerstattung gewählt? Ja Nein

Besteht eine Zahnzusatzversicherung für die zahnärztliche Behandlung? Ja Nein

Über wen ist das Kind versichert? Mutter Vater Kind selbst

Das Kind ist **privat** versichert

Name der Versicherung:

Haben Sie Standard- bzw. Basistarif gewählt? Ja Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Über wen ist das Kind versichert? Mutter Vater Kind selbst

.....
Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigter