

---

**Dr. Dr. Mathy & Kollegen**  
**Kieferchirurgie und Implantologie Aschaffenburg**  
Frohsinnstraße 15  
63739 Aschaffenburg  
Telefon: 0 60 21 – 37 71 7-0  
Mail: [info@mathy.eu](mailto:info@mathy.eu)  
Web: [www.mathy.eu](http://www.mathy.eu)

---

**Patientenanmeldung**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon (privat): \_\_\_\_\_ Telefon (Arbeitsstelle): \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Im Falle, dass die Praxis mich kontaktieren muss, wünsche ich die Kontaktaufnahme per:**

**Telefon**

**E-Mail**

**Brief/Post**

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ private Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Zahnarzt und Kieferorthopäde: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Hauptversicherter oder gesetzlicher Vertreter:

Name \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie:**

Sollten Sie Ihren Operationstermin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie höflichst den Termin rechtzeitig abzusagen, damit für andere Patienten keine lange Wartezeiten und für uns kein Schaden durch den Ausfall entsteht! Sollte der für Sie freigehaltene Termin nicht rechtzeitig abgesagt werden, wird Ihnen die für Sie eingeplante Behandlungszeit in Rechnung gestellt. Sie erhalten eine Privatrechnung in Höhe von 205,00 Euro pro halbe Stunde. Die Geltendmachung eines höheren Schadens bleibt ausdrücklich vorbehalten.

**Mir ist bewusst, dass ein Informationsaustausch zwischen meinem Hauszahnarzt/Hausarzt und der Praxis Dr. Dr. Mathy & Kollegen Kieferchirurgie und Implantologie Aschaffenburg unerlässlich ist und gegebenenfalls auch von mir angefertigte Röntgenbilder an meinen behandelnden Zahnarzt/Kieferorthopäden übermittelt werden müssen um einen reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten. Damit bin ich ausdrücklich einverstanden!** (Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, geben Sie bitte Ihrem Behandler **VOR** Behandlungsbeginn einen Hinweis!)

Aschaffenburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in oder gesetzlicher Vertreter

**Bitte Rückseite beachten!**