



CHECKLISTE ZUM ERSTTERMIN

IN DER KIEFERORTHOPÄDISCHEN FACHZAHNARZTPRAXIS DIPL. – STOM. RALF KIMPEL
ZIMMERSTRASSE 2, 03044 COTTBUS TEL.: 0355 823032

Termin am : _____ **um** _____ **Uhr**

Adresse:



Zimmerstraße 2

03044 Cottbus

Tel.: 0355 – 823032

Parkplätze finden Sie im Spreeparkhaus rechts der Praxis (Zahlung mit EC-Karte)

Chipkarte des Patienten

Krankenkassenkarte

Begleitung eines Erziehungsberechtigten

bei Patienten unter 18 Jahren

Anamneseblatt

Hier: https://docs.wixstatic.com/ugd/2df4de_c060fa2da77640079757f310b1005a3

Bitte vollständig ausfüllen, unterschreiben und zum Ersttermin mitbringen.

Datenschutzerklärung

Hier: https://docs.wixstatic.com/ugd/2df4de_e57c35592cd946e99a5e1d4a7df66253.pdf

Bitte vollständig ausfüllen, unterschreiben und zum Ersttermin mitbringen.

Röntgenpass

Nur sofern vorhanden

Zahnrontgenbilder

Der letzten **12 Monate** bei **Erwachsenen**

Der letzten **6 Monate** bei **Kindern**

Nur sofern vorhanden, idealerweise in digitaler Form

Überweisungsbrief vom Haus- bzw. Schulzahnarzt

Nur sofern vorhanden

*Wir freuen uns sehr auf Ihren Besuch!
Ihr Praxisteam Dipl. – Stom. Ralf Kimpel*