

Bitte ausgefüllt zu senden! Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens und/oder der Zusendung Ihrer weiteren Unterlagen, gehen Sie keinerlei Verpflichtung ein, sich bei uns zahnmedizinisch behandeln zu lassen. Dieser Fragebogen dient uns dazu wichtige Informationen über Erkrankungen/Medikamente zu erhalten.



Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden (z.B. TV, Internet, Teletext, auf Empfehlung, Messe)?: _____

Persönlicher Fragebogen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsort, Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Name der Krankenversicherung, Adresse oder Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Private Zusatzversicherung (falls vorhanden), Name, Adresse oder Telefonnummer: _____

Private Zusatzversicherungsnummer: _____

Ihre Kontaktdaten:

Festnetznummer: _____ Mobilnummer: _____

Faxnummer: _____ e-Mail-Adresse: _____

Sind Sie auf eine Zuzahlung Ihrer Krankenversicherung angewiesen? JA NEIN

Falls Sie eine Zuzahlung Ihrer Krankenkasse beantragen möchten, so stellen wir Ihnen gerne einen Auslands- Heil- & Kostenplan aus. Für diesen sind deutsche Zahnarztunterlagen (dt. Heil- und Kostenplan oder Röntgenbild – nicht älter als 6 Monate) Pflicht, ansonsten wird dieser Auslands- Heil- & Kostenplan ggf. von Ihrer Krankenkasse nicht akzeptiert.

1. Leiden Sie an akuten oder chronischen Krankheiten? JA NEIN
(Herz, Kreislauf, ...)
wenn ja, welche: _____

2. Nehmen Sie Medikamente? JA NEIN
wenn ja, welche: _____

3. Leiden Sie unter Infektionskrankheiten? (Hepatitis, TBC, HIV, Aids)? JA NEIN
wenn ja, welche: _____

4. Haben Sie Allergien gegen Materialien und/oder Medikamente? JA NEIN
wenn ja, welche: _____

5. Ihr Blutdruck ist: normal hoch niedrig

6. Haben Sie Herzerkrankungen? JA NEIN
wenn ja, welche: _____

7. Haben Sie Diabetes? JA NEIN

8. Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? JA NEIN

Für eine Terminanfrage für den Zahn-Check informieren Sie uns bitte über (bitte mit dem persönlichem Fragebogen ausgefüllt an unser deutsches Administrationsbüro zusenden):

An:

Telemedia Interactive GmbH
Postfach 75 09 30
D- 81339 München

oder per e-Mail: kundenbetreuung@sedlmeier-dental.hu

Wichtig für die Flug-/ Zugbuchung: Namen bitte genau wie in Ihrem Ausweis notieren!

NAME: _____ (wie im Personalausweis)

Für Ihre Reise nach Budapest:

- Ich bin Selbstanreiser und organisiere die Reise nach Budapest JA
- Ich wünsche die Reisebuchung über Sedlmeier Dental JA

von welchem Flughafen oder Bahnhof*: _____

(entweder Reise mit Flug oder Zug)

*wenn Sie ab München reisen möchten, organisieren wir Ihnen gern ein 1. Klasse - Zugticket

Terminwunsch: _____
(wir sind bemüht Terminwünsche zu berücksichtigen, genauer Termin folgt nach persönlicher Absprache)

Einverständniserklärung bei Buchung einer Zahn-Check Reise nach Budapest

Ich (_____, geb. _____) habe mich für die Buchung eines Zahn-Checks in der Zahnarzt Praxis [Sedlmeier Dental](#) in Budapest entschieden und habe die Zahnarzt-Praxis mit der Terminfindung beauftragt.

Die Untersuchung (Voruntersuchung & Panoramaröntgenbild) hat einen regulären Preis von 249,- Euro*. Auf diese 249,- Euro* gibt [Sedlmeier Dental](#) eine Gutschrift i.H.v. 50,- Euro, so dass der Kunde nur 199,- Euro* (Schweiz; 215,- CHF*) zahlen muss.

Der Kunde wird darüber informiert und erkennt mit seiner Unterschrift an, dass die Gutschrift von 50,- Euro nachträglich entfällt, wenn die Untersuchung ergibt, dass der Kunde keinerlei medizinischen Bedarf an Zahnersatz hat. Diese Regelung dient der Vorbeugung von Missbrauch, da es sich bei dem Paket von 199,- Euro* um ein subventioniertes Angebot handelt, was nur an Kunden mit tatsächlichem Bedarf an Zahnersatz gerichtet ist.

Die Buchung wird als Service-Leistung für mich direkt über [Sedlmeier Dental](#) abgewickelt, so dass der zu zahlende Betrag von 199,-Euro* (Schweiz; 215,- CHF*) für den Zahn Check erst bei [Sedlmeier Dental](#) zu entrichten ist.

Stornobedingungen:

- Ich bin damit einverstanden, dass falls ich die gebuchte Reise nicht antreten kann, die o.g. Gesamtkosten dafür trotzdem von mir getragen werden müssen.
- Bei Selbstanreise entsteht eine Stornogebühr von 50,- Euro sofern der Termin nicht fristgerecht 24 Stunden zuvor abgesagt/umbucht wird.

_____, den _____
ORT Datum Unterschrift (handschriftlich)

* zzgl. 1 Euro staatliche Tourismusabgabe (Kurtaxe) pro Person und Nacht