

Kinderzahnarztpraxis Dr. Bettina Brem

L a c h e n d e K i n d e r – l a c h e n d e Z ä h n e



Hasta kaydı

Çocuğun adı (Adı & Soyadı)	
Doğum tarihi	
Adres	
Annenin adı (Adı & Soyadı)	
Doğum tarihi	
Telefon Özel	
Telefon İş	
Cep	
Babanın adı (Adı & Soyadı)	
Doğum tarihi	
Telefon Özel	
Telefon İş	
Cep	

Veli: ☐ Anne ☐ Baba ☐ Diğer

Çocuğunuzun sağlık sigortası var mı? ☐ Özel ☐ zorunlu ☐ zorunlu isteğe bağlı

Sağlık sigortasının adı / Sigorta kurumu:

Bir sonraki kontrol muayenesi için kısa mesaj (SMS) ile haberdar edilmek istiyorum: ☐ evet ☐ hayır

Muayenehanemize nasıl ulaştınız?

Tarih

İmza