

ANMELDUNG

Patient: Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Telefon/Telefax _____ **E-Mail Adresse** _____

Versicherter: Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ Telefon/Telefax _____

Krankenkasse / Krankenversicherung _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Beruf _____ Arbeitgeber _____ Telefon/Telefax _____

Durch wen wurden Sie empfohlen? _____ Karies- und Parodontoseprophylaxe

Zahnfarbene Füllungen

Goldfüllungen

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung
Ihres Kauorgans?

Amalgamentfernung

Quecksilberentgiftung

Wünschen Sie nur eine Behandlung der z.Z.
vorhandenen Beschwerden?

Parodontosebehandlung

Implantate

**Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich
spätestens 24 Stunden vorher absagen, da
ansonsten die entstandenen Kosten in
Rechnung gestellt werden können.**

Kiefergelenksbehandlung

Laserbehandlung

Naturheilkundliche
Behandlungsmethoden

Datum, Unterschrift _____

Sonstiges

Wünschen Sie eine besondere Beratung über: