

ANMELDUNG

Patient: Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon/Fax _____ Telefon mobil _____

E-Mail _____ Geb.-Ort d. Patienten _____

Versicherter: Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ, Ort _____ Telefon/Fax _____ E-Mail _____

Name der Krankenkasse _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Beruf _____ Arbeitgeber _____ Telefon/Fax _____

Sind bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate Zahn- bzw. Kieferaufnahmen gemacht worden? Ja Nein

Wenn ja bei welchem Zahnarzt? _____

Durch wen oder was wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Internet, wenn ja welche Seiten _____
- Bekannte
- Familienmitglieder
- Sonstiges: _____

Wünschen Sie darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen
Versorgungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von der Krankenkasse nicht
oder nur zum Teil übernommen werden? Ja Nein

Haben Sie Interesse an ganzheitlicher Zahnmedizin/Naturheilkunde? Ja Nein

Möchten Sie in Zukunft von uns an Ihre Kontrolluntersuchungen/
Prophylaxetermine erinnert werden? Ja Nein

Erinnerung: per Postkarte _____ per E-Mail _____

BITTE WENDEN!