



ANMELDUNG

Patient: Name Vorname Geburtsdatum Telefon/Telefax

Straße, Hausnummer PLZ, Ort e - mail

Versicherter: Name Vorname Geburtsdatum Telefon/Telefax

Straße, Hausnummer PLZ, Ort e - mail

Krankenkasse / Krankenversicherung

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Kennen Sie unsere Parkplätze im Hof? Ja Nein
 Haben Sie eine Zusatzversicherung für zahnärztliche Behandlungen? Ja Nein
 Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein
 Besitzen Sie ein Bonusheft? Ja Nein

Beruf Arbeitgeber Telefon/Telefax Email

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihrer Zähne? Ja Nein
 Haben Sie Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen)? Ja Nein
 Wie alt ist Ihr Zahnersatz? _____ Jahre
 Sind Sie an unserem Erinnerungs-Service interessiert? Ja Nein
 Falls Ihnen unsere Praxis empfohlen wurde, von wem? _____

Wünschen Sie eine besondere Beratung?

Ganzheitliche Zahnheilkunde <input type="checkbox"/>	LASERbehandlung <input type="checkbox"/>	Keramikinlays <input type="checkbox"/>
Biologische Verfahren <input type="checkbox"/>	Implantate <input type="checkbox"/>	zahnfarbene Füllungen <input type="checkbox"/>
Quecksilberentgiftung <input type="checkbox"/>	Hochwertiger Zahnersatz <input type="checkbox"/>	Kosmetische Zahnbehandlung <input type="checkbox"/>
Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	Goldinlays <input type="checkbox"/>	Sonstiges... _____

dentalnews

Zur Information unserer Patienten über Neuerungen und Fortschritte in der Zahnheilkunde geben wir unsere Praxiszeitung **dentalnews** heraus.

Möchten Sie **dentalnews** regelmäßig und auf Widerruf **per Post** zugestellt bekommen (kostenlos und unverbindlich)? Ja Nein

Datum Unterschrift

Wir danken für Ihre Angaben. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, die Nutzung der Daten unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzes.