

# Anmeldung



## Willkommen in unserer Praxis!

Für Ihre individuelle Behandlung benötigen wir einige Angaben von Ihnen, die wir nachfolgend erfragen. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und nach bestem Wissen. Alle Angaben auf diesem Befundbogen unterliegen ebenso wie alle Behandlungsangaben der ärztlichen Schweigepflicht. Jede Behandlung setzt einen hohen organisatorischen Aufwand voraus. Deshalb bitten wir Sie unumgängliche Terminänderungen uns mindestens 3 Tage vorher mitzuteilen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

**TAGESKLINIK für ZAHNÄRZTLICHE  
CHIRURGIE und IMPLANTOLOGIE**  
**Dr. med. dent. Martin Hackenberg**  
**Fachzahnarzt für Oralchirurgie**

QM-Zertifizierung (EPA), AQUA-Institut 2011

Mitglied im  
Implantatnetzwerk  Nordschwarzwald

Liebenzeller Str. 45 · 75328 Schömberg  
Tel.: (0 70 84) 43 81 · Fax: (0 70 84) 67 76  
mail@z-hackenberg.de · www.z-hackenberg.de

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon/dienstlich: \_\_\_\_\_

Mitversichert bei: (Ehegatten oder Eltern) \_\_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Name und Sitz der Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Gesetzlich pflichtversichert

Zahnersatzversicherung  
inkl. Implantate

Privat versichert

Beihilfe

Standardtarif

Basistarif