


Patientenüberweisung

Ihr vereinbarter Termin:

Bitte halten Sie den vereinbarten Termin ein.
 Unumgänglich notwendige Terminänderungen sprechen Sie bitte 3 Tage vorher mit uns ab. Bitte bringen Sie Ihre Versicherungskarte jeweils zu Quartalsbeginn mit.

TAGESKLINIK für ORALCHIRURGIE

Dr. med. dent. Martin Hackenberg
 Fachzahnarzt für Oralchirurgie
 und Kollegen

QM-Zertifizierung (EPA), AQUA-Institut
 Mitglied im
 Implantatnetzwerk  Nordschwarzwald

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr

Arzt-Nr.

Datum

Überweisungsauftrag:



Tagesklinik für
zahnärztliche Chirurgie
und Implantologie

Dr. med. dent.
Martin Hackenberg
Fachzahnarzt für Oralchirurgie

Telefon 07084 /4381
www.z-hackenberg.de


Mitglied im MDL ARZTMITTELVEREIN
RODOSCHNITTWERK - www.in-mundschmerzmittel.de

Unterschrift und Praxisstempel