

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 ORALCHIRURGIE
und IMPLANTOLOGIE**
Dr. med. dent. Martin Hackenberg
Fachzahnarzt für Oralchirurgie

QM-Zertifizierung (EPA), AQUA-Institut

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: _____

Hausarzt: _____

Gesetzlich pflichtversichert

Zahnersatzversicherung
inkl. Implantate

Privat versichert

Beihilfe

Standardtarif
Basistarif