

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
und Kollegen**

QM-Zertifizierung (EPA), AQUA-Institut

 **Mitglied
im Implantatnetzwerk Nordschwarzwald**

Liebenzeller Str. 45 · 75328 Schömberg

Telefon: (0 70 84) 43 81

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