



Patientenüberweisung

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

QM-Zertifizierung (EPA), AQUA-Institut 2014
Mitglied im
Implantatnetzwerk  Nord-schwarzwald

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

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 Versichertenkarte jeweils zu Quartalsbeginn mit.

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 **DEUTSCHEN ZÄHNERÄRZTEVERBAND**
DEUTSCHER ZÄHNERÄRZTEVERBAND www.dz-zahnärzte.de

Unterschrift und Praxisstempel