



Anmeldung Neupatient / Schmerzpatient

zahnärztliche Betreuung in der Einrichtung (bitte vollständig ausfüllen und an uns zurücksenden)

Einrichtung:.....

Name:.....

Ansprechpartner/in:.....

Telefon:.....

E-Mail:.....

Patient/in:

Vor- und Nachname:.....

Geburtsdatum:.....

Zimmer-Nr.:.....

Krankenkasse:.....

Versichertennummer:.....

Betreuer/in oder Angehörige/r (für Rücksprachen):

Name:.....

Telefon:.....

E-Mail:.....

Besteht eine Betreuung?

- Ja – mit schriftlicher Vollmacht / gerichtlicher Bestellung (bitte beifügen)
- Nein

Einverständnis zur Untersuchung:

- Liegt bereits vor (bitte beifügen)
- Wird zeitnah nachgereicht

Wunsch zur Terminierung:

- So bald wie möglich
- Innerhalb der nächsten Wochen
- Rücksprache gewünscht

Datum der Anmeldung:.....

Unterschrift Einrichtung / Ansprechpartner/in:

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Fax oder E-Mail an:

Fax: 069 219 969 45
E-Mail: mobiler-zahnarzt@stepke.de

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

