Dr. J. Salbach Dr. J. Salbach Dr. J. Salbach Dr. J. Salbach Dr. J. Salbach Dr. J. Salbach Dr. J. Salbach Dr. J. Salbach Dr. J. Salbach

Bitte Rückseite beachten !

ANMELDUNG (PATIENT INFORMATION)

Patient (patient): Name (name) Vorname (surname) Geburtsdatum (date of birth)

Straße, Hausnummer (street) PLZ, Ort (zip-code) Telefon (phone)

Versicherter (insured person´s name) Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ, Ort Telefon (phone)

Krankenkasse*)/Krankenversicherung (insurance company)

Pflichtversichert (insured through work): ?	Ja o	Nein o
Freiwillig versichert: (insured of own free will)?	Ja o	Nein o
Zusatzversicherung?	Ja o	Nein o
Sind Sie beihilfeberechtigt?	Ja o	Nein o

*) Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Krankenversichertenkarte nicht innerhalb 10 Tagen vorgelegt wird.

Beruf (profession) Arbeitgeber Telefon/Telefax

Durch wen wurden Sie empfohlen?_____

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans? o

Wünschen Sie nur eine Behandlung der z.Z. vorhandenen Beschwerden? o

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

_____

Datum (date), Unterschrift (signature)

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- o Karies- und Parodontoseprophylaxe
- o Zahnfarbene Füllungen
- o Goldfüllungen
- o Amalgamentfernung
- o Quecksilberentgiftung
- o Parodontosebehandlung
- o Implantate
- o Kiefergelenksbehandlung
- o Laserbehandlung
- o Naturheilkundliche Behandlungsmethoden

Bitte Rückseite beachten !