

Neue Patienten werden um Ausfüllung des Formulars gebeten

Patient

Name:	Vorname:
Geburtsdatum	
Strasse:	Nr.:
PLZ:	Wohnort:
Beruf:	Arbeitgeber:
Telefon privat:	Telefon Geschäft:
E-Mail privat@.....	E-Mail Geschäft:
@.....
Natel privat:	Natel Geschäft:

Meine Gesundheit ist mir wichtig!

Ich möchte weitere Schäden an Zähnen und Zahnhalteapparat vermeiden und wünsche daher eine Teilnahme am automatischen Recall-System der Praxis. Dadurch werde ich schriftlich oder telefonisch in regelmässigen Zeitabständen aufgefordert, zu den für mich notwendigen Kontroll- und Reinigungsterminen zu erscheinen. Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die der Praxis entstandenen Ausfallkosten in Rechnung gestellt werden.

Bern,..... Unterschrift:.....

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans? Wünschen Sie nur eine Behandlung der z. Zt. vorhandenen Beschwerden? Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- Amalgamentfernung und Quecksilberentgiftung?
- Zahnfarbene Füllungen?
- Implantate?
- Parodontalbehandlungen?
- Lasertherapie?
- Laserdiagnose von Karies?
- Bleaching, Zahnaufhellung?
- Wurzelbehandlungen?
- Behandlung von Schnarchen und Schlafapnoestörungen?
- Metallfreie, biokompatible Versorgungen?