

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?