

Name: _____ Geburtsort: _____

Vorname: _____ Geb. Dat: _____

Strasse: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon privat : _____ geschäftlich: _____

E-Mail: _____

Beruf/ Arbeitgeber: _____

Name, Anschrift und Geburtsdatum des Zahlungspflichtigen
(z.B. des Vaters):

Krankenversicherung: _____ Pflichtmitglied Freiw. Mitglied:

Empfohlen/überwiesen von: _____

Hausarzt, behandelnder Arzt: _____ Tel.: _____

1.) Ich habe folgende Anliegen: _____

2.) Ich wünsche zahnmedizinische Prophylaxe (d.h. Maßnahmen vor Vorbeugung von

Schäden an Zähnen und Zahnhalteapparat)

ja

nein

weiß nicht

3.) Ich bin an einer Beratung über Behandlungsmaßnahmen interessiert, die über das
Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen hinausgehen.

ja

nein

weiß nicht

Düsseldorf, den _____

Unterschrift