



ZAHNARZTPRAXIS
DR. A. BRENTZEL

HOLZSTRASSE 27
21682 STADE
TEL 04141 2628
FAX 04141 2618

Antrag auf Neuaufnahme

Hinweis:

Trotz ausgelasteter Kapazitäten, haben wir uns dazu entschieden, keinen „generellen Patienten- Stopp“ einzuführen. Wir werden Sie spätestens 2- 3 Wochen nach Eingang Ihres Antrags kontaktieren und Ihnen mitteilen, ob, wann und wie wir Ihnen helfen können.

Persönliche Angaben:

Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
Anschrift:		Krankenversicherung:	
			
Handynummer:		E- Mail- Adresse:	
Festnetznummer:			

Behandlungswünsche:

Bitte teilen Sie uns Ihr vorrangiges Anliegen mit:

☐ Kontrolluntersuchung	☐ Schmerzbehandlung	☐ Sanierung
☐ Prophylaxe (Zahnreinigung)	☐ Zahnersatz	☐ 2. Meinung

Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen:

.....
.....
.....

Datenschutzhinweis (DSGVO):

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine angegebenen Daten ausschließlich zum Zweck der Prüfung einer Aufnahme in die Praxiskartei der Zahnarztpraxis Dr. A. Brentzel gespeichert und verarbeitet werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

☐ ja ☐ nein

Ort, Datum:

.....

Unterschrift Antragsteller(in):

.....