

**Zahnarztpraxis am Seukenbach**  
**Dr. Sabine Schulze**  
**Am Seukenbach 6a**  
**90556 Seukendorf**

**Tel.: 0911 – 37 66 44 44**  
**Fax: 0911 – 37 66 44 45**  
**Mail: [info@zahnarzt-seukendorf.de](mailto:info@zahnarzt-seukendorf.de)**  
**[www.zahnarzt-seukendorf.de](http://www.zahnarzt-seukendorf.de)**

Patient:	_____	geb.:	_____
Versicherter:	_____	geb.:	_____
Straße:	_____	Tel.privat:	_____
Wohnort:	_____	Handy:	_____
Mail:	_____	Tel.dienstl.:	_____
Beruf:	_____	Arbeitgeber:	_____
Krankenkasse:	_____	Geburtsort:	_____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Ja) (Nein)

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? (Ja) (Nein)

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden? (Ja) (Nein)

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann, und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen dann gerne ein Taxi.

Abschließend noch eine Bitte: Wir sind eine Bestellpraxis, d. h. wir planen individuelle Termine und Behandlungszeiten für jeden unserer Patienten. Um Wartezeiten zu vermeiden und einen reibungslosen Praxisablauf für alle unsere Patienten zu gewährleisten, möchten wir Sie bitten, Ihren vereinbarten Termin rechtzeitig, möglichst 48 Stunden vorher, abzusagen, sollten Sie diesen einmal nicht einhalten können. Bei wiederholtem Nichterscheinen erlauben wir uns, eine Ausfallgebühr zu erheben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift