

www.zahnklinik-tuebingen.de

BITTE VIA FAX SENDEN AN: 07071 – 29 46 72

Ich bin Patient

Zuweiser Dr. ...

Name des Patienten: *hier Name und Vorname eingeben*

Geburtsdatum: 01.01.1980

Telefonisch erreichbar: _____

Email (optional):

Versicherung (optional): Kasse Privat Selbstzahler/Ausland Bundeswehr/Polizei

Ich habe folgendes Problem/ Anliegen: *geben Sie hier Ihren Text ein*

FÜR PATIENTEN	FÜR ZUWEISER
<p><i>Ich wünsche eine</i></p> <p><input type="checkbox"/> eine Beratung zu Zahnersatz</p> <p><input type="checkbox"/> eine Beratung für Implantate</p> <p><input type="checkbox"/> Behandlung im Studentenkurs/ Postgraduierten Programm</p>	<p><i>Ich wünsche eine</i></p> <p><input type="checkbox"/> eine konsiliarische Untersuchung</p> <p><input type="checkbox"/> eine Weiterbehandlung d. Patienten</p> <p><i>Bitte kontaktieren Sie</i></p> <p><input type="checkbox"/> den Patienten <input type="checkbox"/> mich</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Paxisstempel</p>

Ich wünsche eine Vorstellung in der Spezialsprechstunde:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> Peri-Implantitis |
| <input type="checkbox"/> Funktionsstörungen & Kiefergelenkserkrankungen | <input type="checkbox"/> Bisphosphonat-Patienten |
| <input type="checkbox"/> Maxillo-Faziale Defekte | |
| <input type="checkbox"/> Ästhetik / Vollkeramik | |

Ich wünsche eine Vorstellung bei: _____

Erklärung zum Datenschutz: Die von mir übermittelten Daten werden in keiner anderen Form als auf dem gesendeten Formular gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben. Sie dienen der Terminsuche und telefonischen Kontaktaufnahme mit dem Patienten zur Terminvereinbarung (Zweckbindung). Danach oder auf Wunsch des Patienten wird das Formular vernichtet. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Datenverarbeitung einverstanden.

17.12.2018, Unterschrift _____