

|  |
| --- |
| **Terminvereinbarung** |

|  |  |
| --- | --- |
| Meine Mundhygienikerin: | [ ]  S. Ibraimi[ ]  weiß ich nicht |
| Ich möchte ausschließlich von meiner Mundhygienikerin behandelt werden | [ ]   |
| Ich möchte einen Termin zur Mundhygiene | [ ]  |

|  |  |
| --- | --- |
| Mein Zahnarzt : | [ ]  Dr. Peter Weitze[ ]  weiß ich nicht |
| Ich möchte einen Termin bei meinem Zahnarzt | [ ]  |
| Ich möchte einen Termin bei einem Zahnarzt Ihrer Praxis  | [ ]  |

|  |  |
| --- | --- |
| Mein Name : |       |
| E-Mail Adresse: |       |
| Telefon: |       |
| Mobiltelefon: |       |
| Fax: |       |
| Art der Terminerinnerung . | [ ]  Telefon[ ]  E-Mail[ ]  Fax[ ]  SMS |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ort, Datum Unterschrift

**Dr. Weitze & Partner ▪ Praxis für Implantologie und ästhetische Zahnheilkunde**

**Cuxhavener Straße 344 ▪ 21149 Hamburg ▪ Fon: 040 702 59 58**

**Fax: 040 702 00 502 ▪ E-Mail:** **implantologie-hamburg@gmx.de****,**

**www.dr-weitze.de**