



DR. WEITZE & PARTNER

Praxis für Implantologie und ästhetische Zahnheilkunde

Terminvereinbarung

Meine Mundhygienikerin:	<input type="checkbox"/> S. Ibraimi <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
Ich möchte ausschließlich von meiner Mundhygienikerin behandelt werden	<input type="checkbox"/>
Ich möchte einen Termin zur Mundhygiene	<input type="checkbox"/>

Mein Zahnarzt :	<input type="checkbox"/> Dr. Peter Weitze <input type="checkbox"/> weiß ich nicht
Ich möchte einen Termin bei meinem Zahnarzt	<input type="checkbox"/>
Ich möchte einen Termin bei einem Zahnarzt Ihrer Praxis	<input type="checkbox"/>

Mein Name :	
E-Mail Adresse:	
Telefon:	
Mobiltelefon:	
Fax:	
Art der Terminerinnerung .	<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> 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