

|  |
| --- |
| **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**](mailto:implantologie-hamburg@gmx.de)**,**

**www.dr-weitze.de**