PRAXIS DR. MED. DENT. THOMAS SORG
Zahnarzt mit Weiterbildungsausweis SSO in allgemeiner Zahnmedizin
Rotbuchstrasse 68 8037 Zürich Tel. 044 363 04 44 Fax 044 362 80 13 info@meinzahnarzt.ch www.meinzahnarzt.ch

Personalien/ Fragebogen: **Nr.:** _____ (intern)

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: P: _____

G: _____

Natel: _____

E-Mail Adresse: _____

Wünsche Terminerinnerung: (24 Std. vorher)

Ja O per E-Mail O
Nein O per SMS O

Heimatort: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Gesetzlicher Vertreter (bei Kindern): _____

Auf Empfehlung von: _____

Hausarzt (Name/Telefon): _____

Garant:

Selbstzahler/-in O

Amt für Zusatzleistungen: O

Ergänzungsleistungen AHV/IV: O

Kontaktperson/Adresse/Telefon:

_____

Gewünschter Zahnarzt: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____