# Telefax

**an:** **Zahnarztpraxis Kade**

**D- 01809 Heidenau, A.- Bebel- Str. 30** **Telefon und Fax : 03529 513 999**

**von:** Name Vorname: geb. am:

Anschrift

**Betreff:** **Bitte um Terminvereinbarung**

☐ **zur zahnärztlichen Behandlung** ☐ **zur Akupunktur** ☐ **für Sonstiges:**

☐ Ich war bereits bei Ihnen in Behandlung

☐ Ich bin in laufender Behandlung bei Ihnen

☐ Ich bin ein neuer Patient

☐ Bitte bieten Sie mir den nächstmöglichen Termin an

☐ Mein Terminwunsch ist der:

☐ Bitte senden Sie die Bestätigung oder Ihren Terminvorschlag an diese

**Faxnummer,** Vorwahl :
Rufnummer :

☐ Bitte rufen Sie mich zurück, unter folgender

**Telefonnummer** ,Vorwahl :
Rufnummer:

Unterschrift: .....

## Faxantwort von Zahnarztpraxis Kade

Mitteilung:

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

Mit freundlichen Grüßen
Datum: Unterschrift: