

## Kontaktdaten

Gemeinschaftspraxis

**Dr. H.-H. Liepe und Dr. S. Liepe**

Zahnärzte

Mendelssohnstr. 10 - 30173 Hannover



### Wir benötigen Ihre Kontaktdaten.

Vor- / Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Stadt \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Emailadresse \_\_\_\_\_

Möchten Sie per SMS an Ihren nächsten Behandlungstermin erinnert werden?

Ja	Nein
----	------

Möchten Sie an Ihre halb-jährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

Ja	Nein
----	------

### Kontaktdaten Ihres Hausarztes/ Facharztes:

Hausarzt \_\_\_\_\_

Praxisanschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Facharzt \_\_\_\_\_

Praxisanschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_