

BESCHWERDEBERICHT

Name, Adresse, Tel.Nr.
der Patientin/des Patienten:

Name der Ärztin:
Name des Arztes:

Beschwerdeursache:

Behandlungsdauer Beginn: Ende:

Vorbehandler:

Nachbehandler:

Behandlungsart: Prothetik – Chirurgisch – Konservierend – Regulierung – Parodontalbeh.

Behandlungsverlauf:

Bezahlte Beträge:

Ansprüche:

Bereitschaft Arzt wieder zu konsultieren / bzw. Gesprächsbereitschaft:

Datum:

Unterschrift: