



Ihr nächster Termin

Datum: _____ Zeit: _____

Praxisstempel

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient. Wir bitten Sie dringend, uns von einem vorgesehenen Behandlungstermin, den Sie nicht wahrnehmen können, mindestens 24 Std. vorher in Kenntnis zu setzen. Bei nicht rechtzeitiger Terminabsage oder -änderung sind wir gezwungen eine Ausfallgebühr zu erheben.

Übrigens: Ihr Zahnarzt ist informiert. Er ist Mitglied im ...

BNZ

Bundesverband der
Naturheilkundlich tätigen
Zahnärzte in Deutschland e.V.