



DentOris
ZAHNARZTPRAXIS
& ORALCHIRURGIE

Dr. Kerstin Mußhoff
Bahnhofstraße 5c
41352 Korschenbroich

T 02161 - 67 11 77
F 02161 - 67 30 76
praxis@dentoris.de
www.dentoris.de

Patienteninformation und Einverständniserklärung für das Recall

Nach der aktiven Behandlungsphase bieten wir Ihnen einen speziellen Service zum Recall / zur Nachsorge an. Angepasst an Ihre individuelle Behandlungssituation kann der Abstand zwischen den Recallterminen persönlich mit Ihnen vereinbart werden. Ein dauerhafter Behandlungserfolg hängt von Ihrer aktiven häuslichen Mitarbeit und der regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung ab. Wir erinnern Sie daher im Rahmen unseres Recall-Services an Untersuchungen und/ oder Behandlungen, damit Sie regelmäßig einen Termin in unserer Praxis vereinbaren.

Einverständniserklärung

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen.

Bitte erinnern sie mich alle 3, 6 bzw. 12 Monate an einen Termin zur Untersuchung und / oder Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Bitte informieren Sie mich postalisch bzw. per eMail.

Familienname	Vorname	E-Mail-Adresse	
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Ort

Datum: _____

Unterschrift: _____