



Liebe Eltern,

Sie wurden von Ihrem Hauszahnarzt zur weiteren Behandlung Ihres Kindes an unsere auf Kinderzahnheilkunde spezialisierte Praxis überwiesen.

Bitte setzen Sie sich für eine Terminvergabe telefonisch unter 03 45 / 27 97 65 91 mit uns in Verbindung.

Für eine erfolgreiche Behandlung ist das Vertrauen Ihres Kindes besonders wichtig. Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass der erste Termin in unserer Praxis ein Kennenlern-Termin ist und alle weiteren Schritte von Ihrer Kinderzahnärztin mit Ihnen besprochen werden.

Das Team der Milchzahnpraxis kleine Helden freut sich auf Sie.

Dr. med. dent. Annegret Sabath

Kinder- und Jugendzahnheilkunde
Große Ulrichstraße 60 D | 06108 Halle

TELEFON 03 45 / 27 97 65 91

E-MAIL helden@milchzahnpraxis-halle.de

WEB www.milchzahnpraxis-halle.de

SPRECHZEITEN

Mo & Mi 12 – 17 Uhr | Di & Do 9 – 14 Uhr
und nach Vereinbarung

KIND

Name _____ Geboren am _____

WIR ERBITTEN DIE ÜBERNAHME DER FOLGENDEN BEHANDLUNGEN:

- Füllung oder Kinderkrone an _____
- Extraktion von _____
- Komplettsanierung _____
- Komplettsanierung in Vollnarkose _____
- Sonstiges _____

WAS SOLLTEN WIR WISSEN?

- Das Kind ist nicht kooperativ für Behandlungen.
- Eine Behandlung wurde bereits begonnen.
War diese erfolgreich? _____ Welcher Zahn wurde behandelt? _____
- Es liegen Röntgenbilder vor. *Diese bitte den Eltern mitgeben oder an unsere E-Mail Adresse schicken.*
- Sonstiges _____

Datum _____

Praxisstempel