

Dr. Bernd Kinast
Dornbacherstraße 43/1/6
1170 Wien
Tel.: 01/4808888

Patientin/Patient

Name: _____

Adresse: _____

Vers.-VNr.: _____

PLZ: _____

Kasse: _____

Heilkostenplan

Nachfolgende Leistungen sind geplant:

Leistung	Bezeichnung	Betrag in EURO
mhg 2	Professionelle Mundhygienesitzung	_____

Der Kostenvoranschlag ist für 3 Monate nach Ausstellungsdatum gültig

Um kurze Wartezeiten zu gewährleisten, reservieren wir für Sie bei aufwendigen Behandlungen (Kronenbeschleif, Brückenbeschleif, Implantate,...) einen langen Termin und bitten Sie im Falle einer Verhinderung um zeitgerechte Terminabsage (mind. 24 h zuvor).

Dies gilt ebenfalls für eine Mundhygiene-Sitzung.

Mit meiner Unterschrift nehme ich zur Kenntnis, dass bei nicht zeitgerechter Terminabsage 50% der Kosten in Rechnung gestellt werden.

Datum..... Unterschrift: _____