



DENT-NET® – DIE MARKENZAHNÄRZTE

Patientenbeurteilungsf formular DENT-NET®

Name des Versicherten / Patienten

Datum

Straße, Hausnummer

Versicherungs-Nummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

- Ich bin damit einverstanden, dass die indento GmbH mit meinem behandelnden Zahnarzt Rücksprache hält, bzw. die Beschwerde klärt

- Ich möchte nicht, dass die indento GmbH mit der betroffenen Praxis Kontakt aufnimmt, bzw. meinen Namen nennt.

Grund der Beschwerde:

Bitte eine möglichst präzise Beschreibung des Vorgangs

Wer hat die Beschwerde entgegengenommen?

Name des Sachbearbeiters: _____

Krankenkasse: _____

Indento: _____

IMEX®: _____