

Patientenname

[Empty yellow box for patient name]

Behandlungswunsch

[Empty yellow box for treatment request]

Praxisstempel/Unterschrift

[Empty yellow box for stamp/signature]

**Fachzahnarztpraxis Dr. Becker**

Dr. Burkhard Becker

Fachzahnarzt für Oralchirurgie

Bahnhofstraße 6

34613 Schwalmstadt

T: (0 66 91) 15 25

info@zahnbecker.de

www.zahnbecker.de



Röntgenaufnahmen gerne per KIM an:

**zahnbecker@akquinet.kim.telematik**