

## Kontaktformular - Patientenberatung

Zahnärztekammer Niedersachsen  
Patientenberatungsstelle  
Zeißstraße 11a  
30519 Hannover

Tel. 0511 83391-115 oder 181  
Fax 0511 83391-116  
E-Mail [patientenberatung@zkn.de](mailto:patientenberatung@zkn.de)

\*Name: \_\_\_\_\_  
\*Vorname: \_\_\_\_\_  
\*PLZ: \_\_\_\_\_  
\*Alter: \_\_\_\_\_  
\*E-Mail: \_\_\_\_\_  
\*Tel.: \_\_\_\_\_

\*Pflichtfelder

Nachricht:

### Hinweis

Ich stimme zu, dass meine Angaben aus dem Kontaktformular zur Beantwortung meiner Anfrage erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.  
Ihre Einwilligung können Sie jederzeit für die Zukunft per E-Mail widerrufen. Detaillierte Informationen zum Umgang mit Nutzerdaten finden Sie in unserer [Datenschutzerklärung](#).  
Datenschutz\*

Ich habe die Hinweise zur Kenntnis genommen