

ARBEITSGRUPPE
ZAHNÄRZTLICHE BEHINDERTENHILFE
IN NIEDERSACHSEN E.V.

Arbeitsgruppe
Zahnärztliche Behindertenhilfe
Zeißstraße 11a
30519 Hannover

**Fragebogen für den Eintrag im Anschriftenverzeichnis der
Arbeitsgruppe Zahnärztliche Behindertenhilfe**

Name, Vorname, Titel: _____

Praxis-Straße/-Hausnummer: _____

PLZ, Praxisort: _____

Praxis-Telefon: _____

Praxis-Fax: _____

Praxis-E-Mail: _____

Praxis-Homepage: _____

- Rollstuhlgerechte Praxis
- Behandlung ohne Umlagerung (im Rollstuhl) möglich
- Behandlung in Narkose möglich
- Haus-Heimbesuche
- Röntgen im Rollstuhl.....
- Behandlung stark übergewichtiger (> 136 kg Körpergewicht) Patienten.....
- Sonstiges (z.B. „Spezialisierung auf bestimmtes Patienten Klientel“) _____
- Fremdsprachenkenntnisse: _____

Möchten Sie Mitglied der Arbeitsgruppe Zahnärztliche Behindertenhilfe in Niedersachsen e. V. werden? (Jahresbeitrag z.Zt. 24,- €)

ja nein

Datum/Unterschrift: _____

Neben Postversand ist die Übermittlung per Fax: 0511 83391-116 oder per Email an:
rforu@zkn.de möglich