

Absenderstempel

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein  
Westring 496  
24106 Kiel

*Bitte zurücksenden per Brief  
oder Fax an 0431 / 26 09 26 - 15*

- Ich erkläre hiermit, mich an den Ehrenkodex der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein zu halten.
- Meine Praxis soll auch weiterhin auf der Homepage der Zahnärztekammer in der Rubrik „Patientenservice/Praxissuche“ genannt werden.
- In der Praxissuche soll ein Link auf meine praxisindividuelle Homepage geschaltet werden.

Adresse: *www.* .....

Ich wünsche einen Eintrag bei folgenden Praxisspezialitäten:

- |                          |              |                          |                           |
|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Kein Eintrag | <input type="checkbox"/> | Kiefergelenkserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | Akupunktur   | <input type="checkbox"/> | Schnarcherschienen        |
| <input type="checkbox"/> | Homöopathie  | <input type="checkbox"/> | Kinderpraxis              |
| <input type="checkbox"/> | Hypnose      | <input type="checkbox"/> | Narkose möglich           |
| <input type="checkbox"/> | Implantate   | <input type="checkbox"/> | Rollstuhlgerechte Praxis  |

Ort, Datum .....

.....  
Name

.....  
Unterschrift