



Verantwortlicher		
Anschrift		
PLZ, Ort		
Telefon/Mobil		
Fax		
E-Mail		

Notdienst- sprechzeiten	Mo - Fr		
	Samstag		
	Sonn- und Feiertage		

Zahnärztlicher Notdienstplan für die Region _____

Außerhalb der Notdienstsprechzeiten erfolgt die Notbehandlung nach telefonischer Anforderung. Die telefonische Erreichbarkeit bezieht sich auf die stundenfreien Zeiten (in der Regel wochentags 19 bis 7 Uhr am Folgetag sowie an den Wochenenden rund um die Uhr bis zum folgenden Montag 7 Uhr).

Monat: _____

Datum	Notdienst-Zahnarzt (Titel, Vorname, Name)	Anschrift	PLZ, Ort	Notfalldienst-Nummer
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Bitte beachten Sie folgende Hinweise: In Ihrer Notdienstzeit müssen Sie persönlich telefonisch erreichbar sein (kein Anrufbeantworter). Bitte übergeben Sie dem Patienten eine Behandlungsnotiz für den Nachbehandler. Einen Dienstauch teilen Sie bitte o. g. Ansprechpartner mit.

Bitte bestätigen Sie den Erhalt des Dienstplanes sowie der Dienstauche bis zum _____ schriftlich/per Fax/per E-Mail.
 Oralchirurgischer/MKG-Chirurgischer Hintergrunddienst: _____ und _____