



Überweisungsformular

Überweisende Praxis

(Bitte Daten ausfüllen / Praxisstempel)

Praxisname: _____
Strasse / Hausnummer _____
PLZ / Ort: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail-Adresse: _____

Patientendaten

Name / Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse / Hausnummer: _____
PLZ / Ort: _____
Tel. Privat: _____
Tel. Mobil: _____
E-Mail: _____

Überweisung für:

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Weisheitszahnextraktion | <input type="checkbox"/> Implantologie | <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Zahnextraktion | <input type="checkbox"/> Knochenaufbau | |
| <input type="checkbox"/> Wurzelspitzenresektion | <input type="checkbox"/> Mukogingivalchirurgie | |
| <input type="checkbox"/> Zahnfreilegung/Anschlingung | <input type="checkbox"/> Herdabklärung | |
| <input type="checkbox"/> Mundschleimhautveränderung | <input type="checkbox"/> 3D-Diagnostik | |

Bemerkungen:

Bemerkungen: _____

- Beilagen:** OPT Röntgenbild DVT Sonstiges
- Patient soll aufgebeten werden Patient meldet sich selbst
- Dringend
- Normal / Erst ab

Ort/Datum

Unterschrift des überweisenden Arztes