
ÜBERWEISUNGSSCHREIBEN

Patient:

Name/ Vorname _____ Tel. P: _____
Geburtsdatum _____ Tel. G: _____
Adresse _____ Handy: _____
PLZ/ Ort _____

Überweisungsgrund:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Op. Entfernung von Zahn | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbeschwerden..... |
| <input type="checkbox"/> Weisheitszahnentfernung..... | <input type="checkbox"/> Schmerzpatient..... |
| <input type="checkbox"/> Wurzelspitzenresektion..... | <input type="checkbox"/> Stomatologische Abklärung..... |
| <input type="checkbox"/> Implantation Regio..... | <input type="checkbox"/> Zystektomie Regio |

Bemerkungen:

-
- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Radiologische Abklärung (3D / DVT): | <input type="checkbox"/> OPT _____ |
|--|------------------------------------|

Region der Untersuchung: _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ohne klinische Untersuchung | <input type="checkbox"/> Mit klinischer Untersuchung/Abklärung/Bericht |
|--|--|

Fragestellung / Grund der Untersuchung:

Der/Die Patient/in wird:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> sich bei Dir/Ihnen melden |
| <input type="checkbox"/> hat bereits einen Termin |
| <input type="checkbox"/> wartet auf Dein/Ihr Aufgebot |

Bitte senden Sie uns neue Überweisungsformulare

Stempel/Datum
