Stempel Überweiserpraxis:

Datum:

**Überweisung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ für einen zahnärztlich-chirurgischen Eingriff: |  | |
| □ für eine Orthopantomographie | |  |
| □ für eine Digitale Volumentomographie regio: |  | |

**Personalien**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: | Vorname: |
| Strasse, Nr.: | PLZ/Wohnort: |
| Geburtsdatum: | Telefon Privat: |
| Telefon Geschäft: | Mobil: |

**Bemerkungen/Eingriff:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Die Patienten werden, falls nicht anders gewünscht, direkt von uns aufgeboten.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Termin: | □ dringend | □ eilt nicht | □ bitte Überweiser/in kontaktieren |

|  |  |
| --- | --- |
| Beilagen: | Erstellungsdatum: |
| □ Zahnröntgen |  |
| □ OPT |  |
| □ FRS |  |
| □ DVT |  |
| □ Fotos |  |
| □ Bericht |  |
| □ Medikamentenliste |  |

**Besten Dank für die Übernahme!**