



## Überweisungsformular

<b>Adresse des Überweisers / der Überweiserin</b>	<b>Angaben zum Patienten / zur Patientin</b>
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Titel/Funktion:	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Nachname:	Nachname:
Vorname:	Vorname:
Praxis-Name:	Geburtsdatum:
Strasse, Nr.:	Strasse, Nr.:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
Telefon:	Telefon:
E-Mail:	E-Mail:

**Kostenträger**    Patient/Patientin    AHV/IV Zusatzleistungen    Asylbewerber  
 UVG/KVG/IV    Sozialamt    andere: \_\_\_\_\_

### Überweisungsgrund

Beratung (Zweitmeinung)  
 Vorschlag für Therapiemöglichkeiten und Rücküberweisung  
 Beratung und Therapie

### Gewünschte Behandlung

Behandlung im Studentenkurs  
 Behandlung im Weiterbildungsprogramm (Ausbildung von Spezialisten für rekonstruktive Zahnmedizin SSRD)  
 Behandlung in Privatpraxis (Professoren und Oberärzte)  
 Abklärung über Teilnahme an einer laufenden Studie

### Unterlagen vorhanden

Intraorales Rx    DVT  
 OPT    Modelle

### Termin

Patient hat bereits einen Termin  
 Patient soll aufgeboten werden

### Bemerkungen

Ort und Datum:

**Bitte Formular und Unterlagen per E-Mail, Post oder Fax senden an:**

Prof. Dr. Ronald E. Jung, PhD  
Klinikdirektor  
Zentrum für Zahnmedizin  
Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin  
Plattenstrasse 11  
8032 Zürich

Fax +41 (0)44 634 42 06  
E-Mail zzm.rzm@zzm.uzh.ch  
E-Mail verschlüsselt zzm.rzm@hin.uzh.ch