



Überweisungsformular – Klinik für Oralchirurgie

Adresse des Überweisers / der Überweiserin	Angaben zum Patienten / zur Patientin
Anrede:	Anrede:
Titel/Funktion:	Titel:
Nachname:	Nachname:
Vorname:	Vorname:
Praxis-Name:	Geburtsdatum:
Strasse, Nr.:	Strasse, Nr.:
Postleitzahl:	Postleitzahl:
Ort:	Wohnort:
Telefon:	Telefon:
E-Mail:	E-Mail:

Überweisung für

<input type="checkbox"/> Abklärung	<input type="checkbox"/> Implantatsprechstunde für Implantate regio
<input type="checkbox"/> Behandlung	<input type="checkbox"/> Mundschleimhautsprechstunde
<input type="checkbox"/> Entfernung der Zähne / Wurzelreste	<input type="checkbox"/> Wurzelspitzenresektion Zahn
<input type="checkbox"/> Entfernung von Weisheitszähnen <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 48	<input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung <input type="checkbox"/> OPT <input type="checkbox"/> DVT OK <input type="checkbox"/> DVT UK <input type="checkbox"/> DVT OK + UK

Anamnese / Befund, Kommentare

Zusätzliche Dokumente (aktuelle Röntgenbilder, Fotos) senden Sie uns per separater E-Mail.

Termin

<input type="checkbox"/> Patient meldet sich selbst	<input type="checkbox"/> Patient soll aufgeboten werden:
<input type="checkbox"/> Patient hat bereits einen Termin	<input type="checkbox"/> dringend <input type="checkbox"/> normal / erst ab:

Sonstige Bemerkungen
