



Überweisungsformular

Adresse des Überweisers / der Überweiserin	Angaben zum Patienten / zur Patientin
<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.ch