



## Überweisung an Privatpraxis am ZZM

Datum: \_\_\_\_\_

**Überweiser:** (Stempel oder Name in Druckbuchstaben)

**Überweisung an:** (Name in Druckbuchstaben)

### Grund der Konsultation

### Kostenträger

Selbstzahler/in    KVG    UVG/IV/MV    Ergänzungsleistung zur AHV/IV    Sozialamt    Asylbewerber

### Überweisungsgrund

Behandlungsspezifische Anforderung    Patientenwunsch  
 dauerhafte Überweisung    Einschränkung der Behandlung auf gewünschte Behandlung/Zeitraum

### Bemerkung

### Unterschriften

\_\_\_\_\_  
Überweiser

\_\_\_\_\_  
Patientin/Patient

\_\_\_\_\_  
ggf. zweite/r Zahnärztin/Zahnarzt