

Überweisungsformular

Patient/ -In

Name/ Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, Nr.:

Telefon:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Patient soll aufgebeten werden: telefonisch per Post per E-Mail

Patient meldet sich selber:

Praxis

Arzt/ Ärztin:

Praxis:

Strasse, Nr. :

Telefon:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Überweisung für

Bitte das zutreffende ankreuzen
Zahnärztliche Untersuchung erwünscht vor:

Geplanter Schwangerschaft/ IVF Behandlung

Radiotherapie

Therapie mit Bisphosphonaten

Immunsupprimierender Therapie

Verdacht auf einer dentalen Infektion als Ursache von:

Akuter oder chronischer Sinusitis einseitig beidseitig

Kopfschmerzen einseitig beidseitig

Geschwollene Lymphknoten Regio

Weitere Ursachen für Überweisung:

Bemerkungen:

Liebe ÄrztInnen/ KollegInnen,

Bitte melden Sie sich telefonisch oder per E-Mail, falls Sie den Fall vorher besprechen möchten oder falls es sich um einen Notfall handelt.

Das ausgefüllte Formular kann mit den vorhandenen, relevanten Unterlagen per E-Mail oder per Post versendet werden.

Vielen Dank für die vertrauensvolle Zusammenarbeit.