

Überweisung Patient/in:

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Überweisungsdatum: _____

mit Bitte um:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zahn-/Wurzelentfernung | <input type="checkbox"/> Knochenaufbau |
| <input type="checkbox"/> Weisheitszahnentfernung | <input type="checkbox"/> Implantation/-Beratung |
| <input type="checkbox"/> Wurzelspitzenentfernung | <input type="checkbox"/> Faltenbehandlung mit Botox |
| <input type="checkbox"/> Zystenoperation | Abklärung: |
| <input type="checkbox"/> Abszessbehandlung | <input type="checkbox"/> Schleimhautveränderung |
| <input type="checkbox"/> Behandlung in Narkose | <input type="checkbox"/> Hautveränderung |

in regio bzw. Lokalisation:

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Bemerkungen: _____

Bitte um Rückruf

Stempel/Unterschrift
