**Überweisungsformular für Oralchirurgie**

|  |  |
| --- | --- |
| Frau [ ]  | Herr [ ]   |
| Nachname |       |
| Vorname |       |
| Geburtsdatum |       |
| Strasse, Nr. |       |
| PLZ / Ort |       |
| Telefon |       |
| E-Mail |       |

Adresse des Überweisers Adresse des Patienten / der Patientin

|  |  |
| --- | --- |
| Frau [ ]  | Herr [ ]  |
| Nachname |       |
| Vorname |       |
| Praxis-Name |       |
| Strasse, Nr. |       |
| PLZ / Ort |       |
| Telefon / Fax |       |
| E-Mail |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorhandene Unterlagen:  | OPT [ ]  | Intraorlae Rx [ ]  | DVT [ ]  | Foto(s) [ ]  |

**Überweisungsgrund**

|  |  |
| --- | --- |
| Weisheitszähne Regio  |       |
| Operative Zahnentfernung Regio  |       |
| Implantate Regio  |       |
| Abklärung/Therapie Mundschleimhaut  |       |
| Anderes  |       |

|  |
| --- |
| Anamnese :      |

|  |
| --- |
| Bemerkungen:       |

|  |
| --- |
| Patient soll aufgeboten werden [ ]  |
| Patient soll dringend aufgeboten werden [ ]  |
| Patient meldet sich selber [ ]  |

Ort:       Datum: