



..... den d.

Überweisungsformular Oralchirurgie/Stomatologie/Implantologie

Patientendaten:

Name / Vorname: _____
 Adresse: _____
 PLZ/Ort: _____
 Telefon Privat: _____ Mobil: _____
 Telefon Geschäft: _____ Fax: _____

Überweisungsgrund/Behandlungswunsch:

Anamnese:	<input type="checkbox"/> Medizinische Risikofaktoren <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> Patient subjektiv beschwerdefrei <input type="checkbox"/> Notfall (Beschwerden/reduzierter Allgemeinzustand)
Unterlagen:	<input type="checkbox"/> Patient bringt Behandlungsunterlagen <input type="checkbox"/> Unterlagen werden geschickt <input type="checkbox"/> Rücksprache erwünscht	<input type="checkbox"/> OPG <input type="checkbox"/> Einzelzahnlfilm <input type="checkbox"/> Schädelaufnahmen <input type="checkbox"/> Andere: _____
Korrespondenz:	<input type="checkbox"/> Rücksprache erwünscht	<input type="checkbox"/> Rücksprache nicht notwendig
Terminvergabe:	<input type="checkbox"/> Patient wird durch uns einbestellt <input type="checkbox"/> Patient hat bereits einen Termin	<input type="checkbox"/> Patient meldet sich selber

Adressdaten Überweisender Zahnarzt (Stempel):