



# JAEGER UND HARNISCH

FACHPRAXIS FÜR IMPLANTOLOGIE UND ORALCHIRURGIE

## ÜBERWEISUNGSFORMULAR IMPLANTOLOGIE / ORALCHIRURGIE / DVT-ABKLÄRUNG / STOMATOLOGIE

### PATIENTENDATEN:

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (Privat): \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Telefon (Geschäft): \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### ÜBERWEISUNGSGRUND / BEHANDLUNGSWUNSCH:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Anamnese:       Medizinische Risikofaktoren       Patient subjektiv beschwerdefrei  
                  Medikamente       Notfall (Beschwerden/reduzierter  
                  Andere: \_\_\_\_\_      Allgemeinzustand
- Unterlagen:       Patient bringt Behandlungs-       OPG       Unterlagen werden geschickt  
                 unterlagen       Schädelaufnahmen  
                  Unterlagen werden geschickt       Andere: \_\_\_\_\_
- Korrespondenz:       Rücksprache erwünscht       Rücksprache nicht notwendig
- Terminvergabe:       Patient wird durch uns einbestellt       Patient meldet sich selber  
                  Patient hat bereits einen Termin