**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: