

### Überweisende Praxis

Praxisname, ÜberweiserIn: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

### Patientendaten

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Abrechnung:  Privat  Krankenkasse  Sozialamt/Amt für Zusatzleistungen

Falls über KK/Amt (Name/Police/Kontaktperson etc.) \_\_\_\_\_

### Gewünschte Behandlung:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Extraktion Weisheitszähne           | <input type="checkbox"/> Implantation                            |
| <input type="checkbox"/> Wurzelspitzenresektion              | <input type="checkbox"/> Knochenaufbau                           |
| <input type="checkbox"/> Sinuslift mit/ohne Implantat        | <input type="checkbox"/> Abklärung DVT (mit oder ohne Befundung) |
| <input type="checkbox"/> Zweitmeinung/Beratung               | <input type="checkbox"/> Anschlingung verlagerter Zähne          |
| <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung durch Spezialistin | <input type="checkbox"/> Behandlung unter Narkose                |
| <input type="checkbox"/> Abklärung Kieferorthopädie          | <input type="checkbox"/> Kinder und Angstpatienten (Lachgas, VN) |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                    |  |

Behandlung erwünscht durch Dr. \_\_\_\_\_

Bitte um vorherige telefonische Kontaktaufnahme

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_