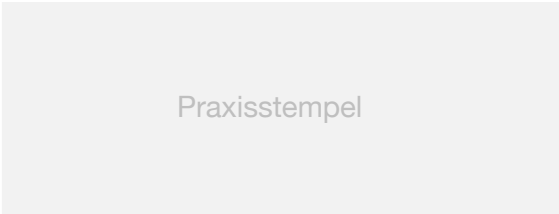




CHIR-Überweisungsformular

Überweisende Praxis

Praxisname _____
 Strasse & Nr. _____
 PLZ, Ort _____
 Tel. Geschäft _____
 E-Mail _____



Patientin / Patient

Frau Herr

Name _____
 Vorname _____
 Strasse & Nr. _____
 PLZ, Ort _____
 Geburtsdatum _____

Tel. privat _____
 Tel. Geschäft _____
 Mobil-Tel. _____
 E-Mail _____

Überweisung für

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Operative Weisheitszahnentfernung | <input type="checkbox"/> Knochenaugmentation |
| <input type="checkbox"/> Zahnentfernung | <input type="checkbox"/> Weichgewebsaugmentation |
| <input type="checkbox"/> Wurzelspitzenresektion /
Zystenbehandlung | <input type="checkbox"/> Frenektomie |
| <input type="checkbox"/> Anschlingung und Freilegung | <input type="checkbox"/> Stomatologische Abklärung |
| <input type="checkbox"/> Zahntransplantation | <input type="checkbox"/> Fokussuche/Herdabklärung |
| <input type="checkbox"/> Implantologie | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Bemerkungen

Beilagen

Zahnfilm OPT DVT Sonstiges

Aufgebot

Patient/in soll aufgeboden werden Patient/in meldet sich selbst

sofort (Notfallbehandlung)

normal (nach Vereinbarung)

Das Überweisungsformular kann per E-Mail (HIN-Adresse: zahnarztpraxis-saccardin@sso-hin.ch) oder per Post an unsere Praxisadresse (Sägewiesstrasse 7, 9410 Heiden AR) gesendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Überweisende/n