



Patientenüberweisung / Fax 00423 371 17 18

Name Vorname

Geburtsdatum Versicherung

Adresse PLZ / Ort

Telefon Privat / Mobil Telefon Geschäft

Patient bitte aufbieten Patient hat Termin

Überweisung zur:

Weisheitszahnentfernung: 18 28 38 48

Implantatabklärung regio:

Extraktion/en:

Andere:

Klinische Angaben:

Röntgenbilder: liegen bei bringt Patient mit per Post keine vorhanden

Bemerkungen:

Datum Zuweiser (Stempel und Visum)
