

Überweisungsbogen

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

bitte nutzen Sie folgenden Bogen, um uns Ihr Anliegen mitzuteilen. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern telefonisch und per Mail zur Verfügung.

Überweisende Zahnarztpraxis

Name

.....

Vorname

.....

Adresse

.....

PLZ

Ort

.....

Telefon

E-Mail

.....

Patient

Name

.....

Vorname

.....

Geburtsdatum

.....

Angaben zur Überweisung

gewünschte Behandlung/Diagnostik:

DVT Erstellung

Indikation:

CMD Behandlung

bereits erfolgte

Therapie:

.....

Parodontalbehandlung

bereits erfolgte Therapie:

.....

bereits vorhandene

Bildgebung:

.....

Prothetik

bereits erfolgte Therapie:

.....

bereits vorhandene Bildgebung:

.....

Planung

.....

Implantation

ausschließlich Implantation

gesamte Versorgung

vorhandene Bildgebung

.....

Geplante Therapie

.....

Bisherige Therapien

.....

.....

Geplante Implantate

.....

Geplante Versorgung

.....

.....

Bildgebungen der letzten sechs Monate können dem Patienten mitgegeben oder uns per Mail gesandt werden.

Über den Behandlungsablauf informieren wir Sie gern. Mit der Rücküberweisung nach gewünschter Therapie, erhalten Sie einen ausführlichen Behandlungsbericht.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Mit kollegialen Grüßen,

das Team der Zahnarztpraxis Dr. Jan Fischer