



## Überweisungsformular

### Patient

Name/Vorname .....

Geburtsdatum .....

Wohnadresse .....

PLZ/Ort .....

Telefon .....

### Grund der Zuweisung, durchzuführender Eingriff:

Schmerzen  
 Oberkiefer                       Unterkiefer                     

Wo:.....

Druckstelle  
 Oberkiefer                       Unterkiefer                     

Wo:.....

Fraktur  
 Oberkiefer                       Unterkiefer                     

Wo:.....

Karies  
 Oberkiefer                       Unterkiefer                     

Wo:.....

Anderes:

### Notfall:

Ja                       Nein

### Bemerkungen:

Ort/Datum:  
.....

Unterschrift:  
.....