

# Zuweisungsformular

## Zuweiser/Zuweiserin

Praxisname

Titel

Name

Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

## Angaben des Patienten/der Patientin

Name

Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon/Mobile

Geburtsdatum

E-Mail

Krankenversicherung

Bitte aufbieten

dringend (telefonisch angemeldet)

## Mit der Bitte um

## Lokalisation/Anmerkungen

- Abklärung einer Mundschleimhaut-/Hautveränderung
- Abklärung einer Speicheldrüsenerkrankung
- Abklärung und Beratung einer Kopfdeformität
- Abszessbehandlung
- Beratung bei Kieferfehlstellung/Kiefergelenksbeschwerden
- Beratung vor Implantation/Knochenaufbau
- Periimplantitisbehandlung
- Wurzelspitzenresektion
- Zahntfernung
- Zahnsanierung in Intubationsnarkose
- Sonstiges

## Weitere Informationen

Röntgen per Mail

Röntgen per Post

**Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Übermittlung dieses Formulars nur mit einer gesicherten HIN-Mail-Adresse datenschutzkonform möglich ist. Alternativ kann das Dokument passwortgeschützt, mit ausdrücklicher Einwilligung der betroffenen Personen oder auf dem Postweg versendet werden.**

siehe Rückseite →

