



kieferchirurgiekatsoulis

PRAXIS FÜR
MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE

Patienten-Überweisung

F 032 376 10 01

Angaben zum Patienten

Name*	Geschlecht*	weiblich	männlich
Vorname*	Geburtsdatum*		
Strasse/Nr.	Telefon*		
PLZ/Ort	E-Mail*		
Krankenkasse	Allgemein	Halbprivat	Privat

Grund für Überweisung

Gewünschte Massnahmen*

Diagnose / Verdachtsdiagnose

Beilagen (z.B. Röntgenbilder)

Medikamente

Medikamentenname, Dosierung, Einnahmehäufigkeit*

Terminwunsch

Dringend (innert 1 Woche) Normal (innert 2-3 Wochen) Eilt nicht (innert 4-5 Wochen)

Zuweisende Praxis

Praxisname	Zuweisende Ärztin/Arzt*
Telefon*	E-Mail*
Strasse/Nr.	PLZ/Ort
Datum*	Unterschrift und Stempel (Fax)*