



# 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)*