Fässler Zahnärzte

Medizinische Überweisung

Überweisender Zahnarzt

Vorname: _____
Nachname: _____
Strasse/Nr: _____
PLZ/Ort: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail-Adresse: _____
Praxisname: _____

Patientendaten

Vorname: _____
Nachname: _____
Geburtsdatum: _____

Kostenträger (bitte ankreuzen):
☐ Selbstzahler_in
☐ UVG / IV / MV
☐ Sozialamt / Fürsorge
☐ KVG
☐ Ergänzungsleistung zur AHV / IV
☐ Asylbewerber_in
☐ Andere: _____

Behandlungsdetails

Zahnregion: _____
Beschreibung der Diagnose: _____

Behandlungsgrund / Gewünschte Behandlung (bitte ankreuzen):
□ Fokussuche (Herdabklärung)
□ Herdsanierung
□ Biopsie

Vorherige Therapie / Behandlungsschritte:

_____
_____
_____

Besondere Hinweise / Bemerkungen:

_____
_____
_____

Ort/Datum: _____
Unterschrift: _____

Hinweis:
Falls zusätzliche medizinische Dokumente (z. B. Röntgenbilder, Befundberichte) vorhanden sind, können diese gerne mitgesendet werden.