



Fässler Zahnärzte

Radiologische 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: _____

Gewünschte Untersuchung (bitte ankreuzen):

- DVT mit Bericht
 - DVT ohne Bericht
 - OPT
-

Gewünschte Behandlung:

(z. B. Implantatberatung, Wurzelkanalbehandlung, Zahnaufhellung)

Besondere Hinweise / Bemerkungen:

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Hinweis:

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