



# Fässler Zahnärzte

## Zahnärztliche 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):

- Implantation
  - Weisheitszahnentfernung
  - Wurzelspitzenresektion
  - Kieferorthopädische Anschlingung
  - Stomatologische Abklärung
  - Chirurgische Kronenverlängerung
  - Biopsie
  - Lachgasbehandlung
  - Radiologische Überweisung
- 

Besondere Hinweise / Bemerkungen:

---

---

---

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

---

### Hinweis:

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