

ZUWEISUNG ZUR BERATUNG / BEHANDLUNG

PATIENTENDATEN:

NAME / VORNAME:

SVNR:

ÜBERWEISENDER ARZT:

Praxisstempel:

NAME / VORNAME:

TELEFON:

Ich schicke meinen Patienten zu einem / einer (zutreffendes bitte ankreuzen):

- Beratungsgespräch
 Behandlung
 Patientenwunsch
 Fragestellung

Beschreibung

rechts								links							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

- Ich gebe dem Patienten aktuelle Röntgenaufnahmen mit.
- Ich schicke aktuelle Röntgenaufnahmen per Mail.
- Bitte aktuelle Röntgenaufnahmen individuell anfertigen.

Sonstige Anmerkungen:

Danke, dass Sie uns Ihre/n PatientIn anvertrauen.

Nach der Behandlung überweisen wir die/den jeweilige/n PatientIn natürlich konsequent wieder in Ihre Praxis zurück.

Alle Kassen & Privat

Tätigkeitsschwerpunkte: [Kieferorthopädie](#) | [Implantologie](#) | [Parodontologie](#)

Marienplatz 14 | 7021 Draßburg | T: 02686 3100 | F: 02686 3100-1 | E: ordination@zahnkaiser.at | www.zahnkaiser.at