

# Zuweisung von Patienten

Patienteninformation und Angaben Zuweiser

Geschätzte Kollegin, geschätzter Kollege

Gerne möchten wir Sie bitten, uns im Überweisungsfall folgende Angaben zum Patienten zu übermitteln. Sollten Sie Röntgenbilder oder sonstige Dokumente weiterleiten wollen, fügen Sie diese bitte Ihrer E-Mail als Anhang hinzu. Bei Fragen und Unklarheiten würden wir Kontakt mit Ihnen aufnehmen. Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen!

Mit der Zustellung dieses Formulars ermächtigen Sie uns Ihren Patienten anzubieten.

Überweisende Praxis:

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Praxisstempel:

Datum: \_\_\_\_\_

Behandelnder Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Patienteninformation:

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name Vorname erziehungsberechtigte Person: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Allgemeinmedizinische Anamnese:

Zahnmedizinisches Anliegen:

Beilagen:  Einzel-Rx  OPT  Fotoaufnahme