



Praxisstempel

ÜBERWEISUNGSFORMULAR

Liebe Kollegin, lieber Kollege,
gerne unterstützen wir Sie mit Spezialbehandlungen unseres Leistungsspektrums. Unser Ziel ist es, alles zu tun, um eine optimale Behandlung Ihres Patienten sicherzustellen. Bitte markieren Sie Ihre Wünsche.

- Beratung Therapie

PATIENTENDATEN

Name/Vorname

Geburtsdatum

Straße/Nr

Telefonnummer

Krankenkasse/private Krankenversicherung

BERATUNG-/BEHANDLUNGSWUNSCH

- CMD (craniomandibuläre Dysfunktion)
 Kinderbehandlung
 ITN (Intubationsnarkose) Erwachsene
 ITN (Intubationsnarkose) Kinder
 andersartige Sedierung
 DVT (digitale Volumentomographie)
 Sonstiges: _____

ZAHN/ZÄHNE/REGIO

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

DIE WEITERE BEHANDLUNG ERFOLGT BEI/M

- Hauszahnarzt
 Ihnen
 Sonstiges: _____

RÖNTGENUNTERLAGEN

- wurden angefertigt und werden zugesendet
 per Post
 per Mail (kontakt@albdental.de)
 werden dem Patienten mitgegeben

bitte bei Ihnen anfertigen und zusenden

E-Mail: _____

BEMERKUNGEN

Ort/Datum

Unterschrift