



ÜBERWEISUNG

Patientendaten

Name _____

E-Mail _____

Vorname _____

Telefon P _____

Geburtsdatum _____

Telefon G _____

Strasse/ Nr. _____

Telefon Mobile _____

PLZ/ Ort _____

Gewünschte Abklärung / Behandlung

☐ Röntgenabklärung/ -beurteilung

☐ Abklärung einer Mundschleimhautveränderung

☐ Erstellung eines DVTs

☐ Wurzelspitzenresektion mit orthograde Wurzelfüllung

☐ Behandlung in Narkose

☐ Wurzelspitzenresektion mit retrograder Wurzelfüllung

☐ Implantatabklärung

☐ Zahnentfernung/Weisheitszahnentfernung

☐ Implantation

☐ Parodontalchirurgische Behandlung

☐ Herstellung einer Schnarchschiene

☐ Operative Freilegung / Zahnanschlingung

☐ Herstellung einer Michiganschiene

☐ Abklärung von Gesichts- /Kiefergelenksproblemen

☐ Sonstiges _____

Genauere Beschreibung bitte auf Seite 2 ergänzen, falls nötig.

Zahn/ Regio

Zahn/ Regio _____

Kostenträger

☐ Selbstzahler

☐ KVG

☐ IV (Verfügung beilegen)

☐ UVG

☐ EL

☐ Sozialamt

Termin

☐ Patient soll aufgebeten werden

☐ Patient wird sich selber melden

☐ Termin wurde schon vereinbart

Überweisende Praxis

Praxisname _____

Telefon _____

Strasse/ Nr. _____

E-Mail _____

PLZ/ Ort _____

Bitte ausgefülltes Formular an unsere HIN-Adresse senden: **ettlinzaz@sso-hin.ch**

Bitte vorhandene Röntgenbilder mitsenden.

Evtl. Ergänzungen zu Anamnese / Befund / Diagnose / gewünschte Abklärung oder
Behandlung