

Kieferchirurgische Überweisung

Überweiser

Stempel/ Telefonnummer:

Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

hiermit überweise ich Ihnen den o.g. Patienten zur Durchführung folgender Behandlung:

Behandlung

- Operative Entfernung der Weisheitszähne 18 28 38 48
- Abszeßinzision _____
- Wurzelspitzenresektion am Zahn _____
- Zystenentfernung im Bereich _____
- implantologische Versorgung im Bereich _____
- _____

Nach Abschluss der chirurgischen Behandlung bitte ich um Rücküberweisung des Patienten sowie Rückgabe von mitgegebenen Unterlagen.

Bemerkungen:

Mit kollegialen Grüßen

Datum/ Unterschrift: