

## Überweisender Zahnarzt

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

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## Patient

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_



<sup>b</sup>  
**UNIVERSITÄT  
BERN**

## zmk bern

Zahnmedizinische Kliniken  
der Universität Bern

Klinik für Oralchirurgie und  
Stomatologie

Abteilung für Oral Diagnostic  
Sciences

### Überweisungsformular Oralchirurgie

#### Grund der Zuweisung, durchzuführender Eingriff:

- Osteotomie, 8er
- Osteotomie anderer Zähne oder gutartiger Hartgewebstumoren
- WSR, Zystenbehandlung
- Anschlingung
- Anderes:

**Dringlichkeit:** Notfall (1–3 Tage)  
Hoch (2–3 Wochen)  
Normal

#### Bemerkungen:

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_