

Überweisender Zahnarzt

Name/Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-mail _____

Patient

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-mail _____



^b
**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 _____