

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 Stomatologie

Bitte die stomatologische Primärläsion in Schema einzeichnen bzw. ankreuzen:

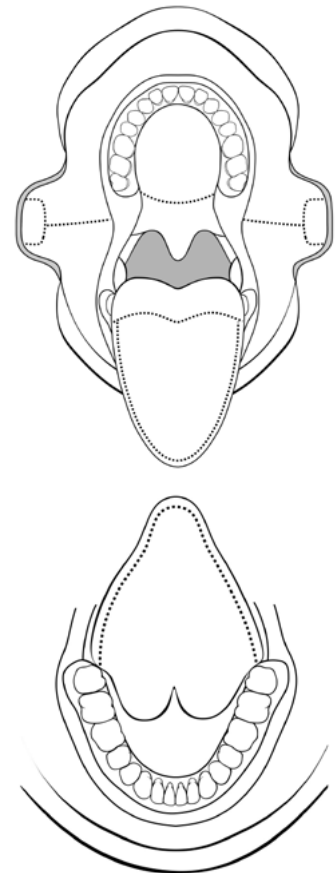
Anamnese:

Befund mit Lokalisation:

Verdachtsdiagnose:

Dringlichkeit

- Notfall (1–3 Tage)
- Hoch (2–3 Wochen)
- Normal



Ort/Datum _____

Unterschrift _____