



ZAHNARZTPRAXIS

DR. DR. KAI D. HASCHEMIAN M.Sc.
& Kollegen

Überweisungsbogen

Hiermit überweisen wir Ihnen folgende/n Patient/in:

Name:

Vorname:

geb. am:

Erbetene Leistung(en) (Bitte Zahnangabe angeben)

Konservierende Leistung:

Endodontische Behandlung:

Zahntfernung:

Wurzelspitzenresektion:

Implantation:

Parodontalchirurgie:

Zahnersatz:

Sonstiges:

Anästhesie

Örtliche Betäubung

Lachgassedierung

Intubationsnarkose (ITN)

Röntgen

OPG

ZF:

Pat. mitgegeben

Per E-Mail (KIM)

Bemerkungen

Praxisname/Praxisstempel:

Datum:

Unterschrift: