



Zahnarztpraxis Spielmann & Zumbühl

Überweisungsformular

Überweisender Zahnarzt *

Datum

Ich möchte folgenden Patienten/in überweisen:

Name *

Vorname

Strasse

Plz / Ort

Geburts-Datum

Versicherungsnummer

Telefon *

Natel

Email

Für folgende Behandlung:

--

Therapienotwendigkeit

dringend

gelegentlich

Patient muss aufgeboten werden

ja

nein

Hat Termin am

--

Röntgen vorhanden

ja

nein

*Bilder bitte per Post zustellen oder
Onlineüberweisungsformular benutzen.*

Bemerkungen

--

** Diese Felder müssen ausgefüllt werden*

Bitte per Post/Fax an: 044 221 32 34

Alternativ können Sie auch unser Onlineüberweisungsformular nutzen