

# Überweisungsformular



## Patient\*In

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Modernste Zahnmedizin  
für Ihr schönstes Lächeln.

### **Parodontitis** (bitte ankreuzen, wenn zutreffend)

Diagnose: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Auftrag:  PAR-Therapie  
 Abklärung Erhaltungsfähigkeit der Zähne:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### **CMD** (bitte ankreuzen, wenn zutreffend)

Diagnose: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Auftrag:  Diagnostik / Abklärung  
 CMD-Therapie im Konsil  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

### **Röntgenbilder** (nicht älter als 12 Monate)

- werden Patienten mitgegeben
- werden per medflex gesendet (DSGVO-konform)
- liegen nicht vor

### Unterlagen

Sonstige Anlagen: \_\_\_\_\_

Überweisungsbericht:  per Brief  per medflex

Ich bitte um telefonische Rücksprache nach Befundung

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Stempel \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_