Praxis für Oralchirurgie
Dr. M. Studer & Dr. K. Oberli
Bernstrasse 5
3600 Thun

Tel. 033 223 41 41
Fax 033 223 41 77

Oralchirurgische Überweisung

Hiermit möchte ich folgende(n) PatientIn zur Abklärung und Therapie überweisen:

Name: ..... **Geb.datum:** .....

Adresse: .....

Tel. P: ..... **Tel. G / N:** .....

Befund / (Verdachts-) Diagnose:

.....

.....

Bisherige Therapie: **Datum:**

.....

.....

Therapievorschlag:

.....

☐ **PatientIn erwartet das Aufgebot** ☐ **Dringend**
☐ **PatientIn meldet sich selbst**

Beilagen:

.....

Mit freundlichen, kollegialen Grüssen:

Datum: ..... **Praxisstempel/Unterschrift:** .....