



Überweisender Zahnarzt

Name/Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-mail:

Praxis für Zahnmedizin

Dres. med. dent. Mario + Renzo Bassetti

Baslerstrasse 30

4600 Olten

Tel.: 062 212 15 25

Patient

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-mail:

Überweisungsformular Digitale Volumentomographie

Schwangerschaft:

Ja

Nein

Tarif:

KVG

UVG

Privat

Dringlichkeit:

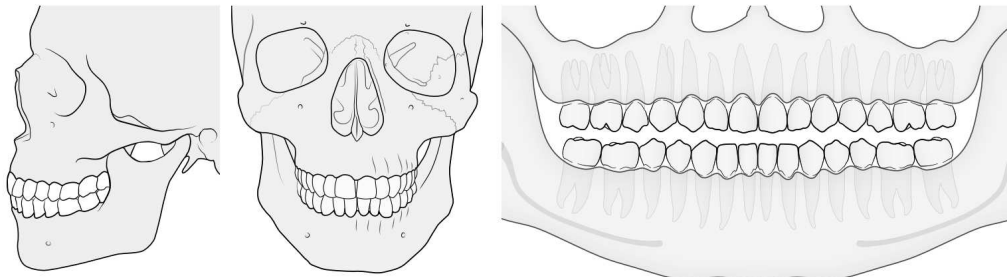
Hoch (1 Woche)

Normal (2–3 Wochen)

Digitale Volumentomographie Regio: _____

Fragestellung (Bitte immer angeben):

Bitte gewünschte Region ungefähr als Viereck einzeichnen:



Ort/Datum:

Unterschrift: