



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:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-mail:

Überweisungsformular Oralchirurgie

Zuweisungsgrund, durchzuführender Eingriff:

- Osteotomie 8er
- Osteotomie anderer Zähne oder gutartiger Hartgewebstumoren
- WSR, Zystenbehandlung
- Anschlingung
- Anderes:

Dringlichkeit:

- Notfall (1-3 Tage)
- Hoch (2-3 Wochen)
- Normal

Bemerkungen:

Ort/Datum:

Unterschrift: