



## 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 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: