

Grohmann & Eisner Zahnärzte

Zahnärzte
Bahnhofstrasse 69
8965 Berikon

T 056 633 08 22 info@grohmann-eisner.ch www.grohmann-eisner.ch

ÜBERWEISUNGSFORMULAR

Digitales Volu	mentomogramm (DVT)		
OK	UK	OK&UK		
Kleiner Durchmesser / welche Region?				
Orthopantomographie (OPT)				
Wunschtermin				
Datum			Uhrzeit	
Patienten-Angaben				
Vorname			Nachname	
Geburtsdatum				
Strasse				
PLZ/Ort		/		
Telefon			Mobil	
E-Mail				
Klinische Angaben und Fragestellung				
Überweisende Praxis				
			Ich wünsche telefonische Besprechung des Befundes inkl. CD mit allen Daten	
			Ich wünsche nur CD mit allen Daten	
				g an Überweiser
				g an Patient (bitte Patient informieren)
			Noomium	Dan actions (office actions information)
Ort, Datum			Unterschrift	

Formular ausdrucken, ausfüllen und per E-Mail info@grohmann-eisner.ch oder Post retournieren.