

Absender:

Poststempel

Datum: _____

(passt in jedes Fenstercouvert) **Fax 056 282 43 53**

E-mail: info@zahnarztpraxis-nussbaumen.ch

Dr. med. dent. S. Ostojic
Fachzahnarzt für Oralchirurgie-CH
Dr. med. dent. J. Spicher
Praxis für Kieferorthopädie
 Eidg. dipl. Zahnärzte SS0, SS0S
 Landstrasse 105, 5415 Nussbaumen
 Tel. 056 282 43 33 Fax 056 282 43 53
 www.zahnarztpraxis-nussbaumen.ch



Zahnarztpraxis Nussbaumen AG
 Eidg. dipl. Zahnärzte SS0, SS0S
 Landstrasse 105
5415 Nussbaumen

Überweisung für einen zahnärztlich-chirurgischen Eingriff: _____
 Panoramaschichtaufnahme
 Digitale Volumentomographie regio _____

Patient/in:	Name	Vorname
	Geburtsdatum	
Erziehungs-Berechtigte:	Name und Vorname	
	Strasse	PLZ/Ort
Tel. Privat:	erreichbar wann:	
Tel. G./Mobil:	erreichbar wann:	

Bemerkungen / Eingriff: (bei Bedarf)

Die Patienten werden, falls nicht anders gewünscht, direkt von uns aufgeboten.

Termin: dringend eilt nicht bitte Überweiser/in kontaktieren

Beilagen: **Datum:**

Zahnröntgen	
OPT	
FR	
Tomographie	
DVT	

Besten Dank für die Übernahme

andere Beilagen: