

Überweisender Zahnarzt (Praxisstempel):

Name:
Adresse:
Telefon:
E-mail:



Dr. med. dent. Reto Morger
Fachzahnarzt für Oralchirurgie SSO
WBA Implantologie SSO

Dr. med. dent. Annette Thieme
Zahnärztin SSO

ÜBERWEISUNGSFORMULAR

Patient:

Name / Vorname _____

Geb. Datum _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Zuweisung / Durchzuführender Eingriff:

- Operative Weisheitszahnentfernung regio: _____
- WSR / Zystenbehandlung regio: _____
- Anschlingung regio: _____
- Implantation regio: _____
- Abklärung Mundschleimhautveränderung regio: _____
- Behandlung in Narkose (Spital Uznach): _____
- Anderer Eingriff: _____

Dringlichkeit:

Notfall Ja Nein

Bemerkungen: _____

Beilage(n): _____