

## ANMELDUNG

### Patientendaten

---

Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum .....

Strasse/Nr. .... PLZ/ORT .....

Telefon P ..... Telefon G .....

Telefon Mobile ..... E-Mail .....

### Kostenträger

---

Selbstzahler     KVG     IV (Verfügung beilegen)     UVG (Kostengutsprache obligat)

### Termin

---

Patient meldet sich     Patient will aufgegeben werden

Termin bereits vereinbart auf: Datum ..... Zeit .....

### Gewünschte Massnahmen

---

- Konsilium
- Behandlung
- Röntgenabklärung
  - Volumetomographie (Cone Beam CT, 3D Accuitomo 170)  
Dicom-Daten:  Ja  Nein
  - Orthopantomographie (Veraview IC5 HD)

### Grund der Überweisung, Fragestellung

---

.....

.....

.....

.....

.....

### Überweisende Praxis

---

Praxisname .....

Adresse .....

Telefon ..... Datum .....

Fax ..... Stempel .....

E-Mail .....

**Bitte dem Patienten allenfalls vorhandene Röntgenbilder (OPT, etc.) mitgeben.**