



# DENTALKLINIK FREI

## Überweisungsschreiben

Bitte retour per Post, Fax oder E-Mail an [dentalklinikfrei@sso-hin.ch](mailto:dentalklinikfrei@sso-hin.ch)

### Überweisende/r Zahnarzt/Zahnärztin

Name

---

Adresse

---

Telefon

---

E-Mail

---

Notfall:      Ja              Nein

Praxisstempel

Datum / Unterschrift

---

### PatientIn

Name / Vorname

---

Geburtsdatum

---

Adresse

---

PLZ / Ort

---

Telefon

---

### Grund der Überweisung / Patientenanliegen

(Bei Röntgenauftrag bitte Region und Fragestellung)

---

### Unterlagen

---

Von PatientIn mitgebracht

Elektronisch

Per Post

### Bemerkungen / Besonderes

---