



## Überweisung mit der Bitte um

Beratung  Therapie

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_

Überweisender Zahnarzt (Stempel)

**Fragestellung:** \_\_\_\_\_

### gewünschte Untersuchungsmethode:

- OPG
- DVT
- Funktionsanalyse

**gewünschte Therapie:** \_\_\_\_\_

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

### Röntgenunterlagen:

- wurden angefertigt und:  per Post geschickt
  - per E-mail gesendet
  - dem Patienten mitgegeben
  
- bitte bei Ihnen anfertigen und uns zuschicken