

www.zahnklinik-tuebingen.de

BITTE VIA FAX SENDEN AN: 07071 – 29 46 72

Ich bin Patient

Zuweiser _____

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonisch erreichbar: _____

Email (optional): _____

Versicherung (optional): Kasse Privat Selbstzahler/Ausland Bundeswehr/Polizei

Ich habe folgendes Problem/ Anliegen :

FÜR PATIENTEN	FÜR ZUWEISER
<p>Ich wünsche eine</p> <p><input type="checkbox"/> eine Beratung zu Zahnersatz</p> <p><input type="checkbox"/> eine Beratung für Implantate</p> <p><input type="checkbox"/> Behandlung im Studentenkurs/ Postgraduierten Programm</p>	<p>Ich wünsche eine</p> <p><input type="checkbox"/> eine konsiliarische Untersuchung</p> <p><input type="checkbox"/> eine Weiterbehandlung d. Patienten</p> <p>Bitte kontaktieren Sie</p> <p><input type="checkbox"/> den Patienten <input type="checkbox"/> mich</p> <hr/> <p>Paxisstempel</p>

Ich wünsche eine Vorstellung in der Spezialsprechstunde:

Implantate

Peri-Implantitis

Funktionsstörungen & Kiefergelenkserkrankungen

Maxillo-Faziale Defekte

Bisphosphonat-Patienten

Ich wünsche eine Vorstellung bei:

25.06.2016, Unterschrift _____