

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt Nr.	VK gültig bis	Datum



Dres. Meller
 Praxis Schlauzahn
 Bahnhofstraße 54 / Villa Kaiser
 71332 Waiblingen

Tel. 07151 / 98 61 886
 Fax 07151 / 98 16 095
 info@praxis-schlauzahn.de
 www.praxis-schlauzahn.de

Überweisung zur Weiterbehandlung

Patient: _____

Sonstiges: _____

Zahn: _____

Überweisungsgrund

- Alter des Kindes; Kooperation noch nicht möglich
- Zahnarzt-Angst
- Behandlungsunwilligkeit, -verweigerung
- Erfolgreiche Behandlungsversuche
- körperliche / geistige Behinderung
- extremer Behandlungsumfang
- akutes Bild, starke Schmerzen

Röntgenbilder dem Patienten bitte mitgeben!

Praxisstempel