

Dr. med. dent.  
Marc Frei  
Zahnarzt SSO



Werkgasse 2  
3018 Bern  
T 031 992 03 33  
F 031 992 03 31  
ihr-oralchirurgie.ch

## Überweisungsschreiben

Bitte retour per Post, Fax oder E-Mail an [marc.frei@ihr-oralchirurgie.ch](mailto:marc.frei@ihr-oralchirurgie.ch)

<b>Überweisende/r Zahnarzt/Zahnärztin</b> Name: _____ Adresse: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____	<b>Praxisstempel:</b>    
---	---------------------------------------

Notfall:  Ja  Nein

### PatientIn

Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.datum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

### Grund der Überweisung / Patientenanliegen

(bei Röntgenauftrag bitte Region und Fragestellung):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Unterlagen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Von PatientIn mitgebracht /  Elektronisch /  Per Post

### Bemerkungen / Besonderes

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_