

# Patientenanmeldung für überweisende Zahnärzte

## Patientendaten

Vorname

Name

Geburtsdatum

Strasse

PLZ

Ort

Telefon

Mobiltelefon

e-Mailadresse

## Gewünschte Massnahmen

Entfernung der Weisheitszähne

Implantat und Kr-Br

Implantat

Anschlingung

## Behandlungsdringlichkeit

sehr dringend

dringend

normal

## Überweiser

Vorname

Name

Strasse

PLZ

Ort