

## Überweisung

### Angaben zum Patienten

Straße & Hausnr.: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Vorname & Name: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Versicherung: \_\_\_\_\_

### Überweisung für:

- Endodontologie  
 Parodontologie  
 Implantologie

### Erwünschter Behandler:

- Dr. Sebastian Zorn  
 Dr. Yevgeni Viktorov Msc.  
 ZA Alexander Planert Msc. Msc.  
 Dr. Sandra Viktorov, Msc.

### Weitere Angaben

Betroffener Zahn/Gebiet: \_\_\_\_\_  
Gewünschte Therapie: \_\_\_\_\_  
Ich möchte vor Therapiebeginn informiert werden: \_\_\_\_\_

### Überweisender Arzt:

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

### Stempel und Unterschrift des Überweisers:

Für die mitgesendeten Unterlagen und das entgegengebrachte Vertrauen möchten wir uns bedanken!  
Nach Abschluss der erwünschten Therapie werden Sie per Arztbrief und Röntgen/Fotodokumentation informiert.  
Nach der Behandlung wird der/die Patient/in umgehend zu Ihnen zurück überwiesen.