

Absender:  
(Praxisstempel)

Datum:

(passt in jedes Fenstercouvert! Fax 056 250 63 32)

**Dr. med. dent. Jules Saxer**  
**saxer+frei zahnärzte**  
Hauptstrasse 55  
5330 Bad Zurzach

**Dr. med. dent. Jules Saxer**  
**saxer+frei zahnärzte**  
Hauptstrasse 55  
5330 Bad Zurzach

## Überweisung für einen zahnärztlich-chirurgischen Eingriff

Patient/in:	Name Vorname Geburtsdatum
Erziehungs- Berechtigte:	Name Vorname
	Strasse PLZ/Ort
Tel. P: Tel. G/Mobil:	erreichbar wann: erreichbar wann:

### Spezielle Fragestellung/Bemerkungen/Hauptprobleme:

(bei Bedarf)


Die Patienten werden, falls nicht anders gewünscht, direkt von uns aufgebeten.

Termin:     dringend         eilt nicht         bitte Überweiser/in kontaktieren  
Information über die Behandlung(-splanung) erwünscht:     ja         nein

Beilagen:        Datum:

Besten Dank für die Übernahme

Zahnröntgen	
OPT	
FR	
Modelle	
Fotos	

andere Beilagen: