

Überweisungsformular Orofaziale Schmerzsprechstunde

Patient/Patientin

Nachname:
Vorname:
Geburtsdatum:
Strasse, Nr.:
PLZ, Ort:
Telefon privat:
Telefon mobil:
Telefon geschäftlich:
E-Mail:
Versicherung:
Kostenträger: Selbstzahler Sozialamt EL/IV

Überweiser/Überweiserin

Nachname:
Vorname:
Praxis:
Strasse, Nr.:
PLZ, Ort:
Telefon:
Fax:
E-Mail:

Digitale Röntgenbilder und Berichte bitte an
schmerzsprechstunde.rege.zmk@unibe.ch (HIN-verschlüsselt)

Verdachtsdiagnose/Anamnese

Medikamente

Allergien/Unverträglichkeiten

Allgemeinmedizinisch

Hausarzt/Hausärztin

Name:
Praxis:
Adresse:
Telefon: