

# Überweisungsformular

## Orofaziale Schmerzprechstunde

### 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  
[schmerzprechstunde.rege@zmk.unibe.ch](mailto:schmerzprechstunde.rege@zmk.unibe.ch) (HIN-verschlüsselt)

Verdachtsdiagnose/Anamnese
----------------------------

Medikamente
-------------

Allergien/Unverträglichkeiten
-------------------------------

Allgemeinmedizinisch
----------------------

### Hausarzt/Hausärztin

Name:
Praxis:
Adresse:
Telefon: