

Inselspital  
Universitätsklinik für Schädel-,  
Kiefer- und Gesichtschirurgie  
Kliniksekretariat  
3010 Bern

**Überweisung****Angaben Patient**

Anrede	_____	Adresse	_____
Name	_____	PLZ/Ort	_____
Vorname	_____	Telefon	_____
Geburtsdatum	_____		
Versicherung	_____	Allgemein	Halbprivat Privat

**Diagnose / Befund****Bisherige Therapie****Durchzuführende Therapie****Bemerkung****Zuweisender Zahnarzt / Arzt**

Praxisstempel und Unterschrift

Datum

Beilage