

Überweisungsformular Orofaziale Schmerzsprechstunde

Patient / Patientin

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, Nr.:

PLZ, Wohnort:

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: