Zahnarztpraxis an der Murg
Dr. med. dent. Philippe Haag
Dr. med. dent. Thomas Hitz
Dr. med. dent. Julia Haag

Überweisung

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular mit allfälligen Beilagen an unsere HIN-Mailadresse: zahnarzt-murg@sso-hin.ch

Patientendaten

Name .....
Vorname .....
Strasse, Nr.: .....
PLZ, Ort: .....

Geburtsdatum .....
E-Mail .....
Telefon privat .....
Telefon mobile .....

Gewünschte Behandlung

Gewünschte Abklärung / Behandlung

- ☐ Röntgenabklärung / - beurteilung
- ☐ Erstellung und Befundung eines DVTs
- ☐ Behandlung in Sedation
- ☐ Behandlung in Narkose
- ☐ Implantatabklärung /- behandlung
  - ☐ ohne Prothetik ☐ mit Prothetik
- ☐ rekonstruktive Gesamtversorgung
- ☐ Klebebrücke Zahn .....
- ☐ ästhetische Verbesserung Zahn .....
- ☐ Abklärung einer Mundschleimhautveränderung
- ☐ Zahnentfernung /Weisheitszahnentfernung
- ☐ operative Freilegung / Anschlingung
- ☐ Wurzelspitzenresektion
- ☐ Gaumenimplantat
- ☐ Zystenbehandlung
- ☐ Parodontalbehandlung
- ☐ Rezessionsdeckung
- ☐ Perimukositis- / Periimplantitisbehandlung
- ☐ Herstellung einer Michiganschiene
- ☐ Herstellung einer Schnarch-/Schlafapnoeschiene

Genauere Beschreibung, sofern nötig: .....

Zahn / Zähne / Region (Bitte markieren):

	18☐	17☐	16☐	15☐	14☐	13☐	12☐	11☐		21☐	22☐	23☐	24☐	25☐	26☐	27☐	28☐
R																	L
	48☐	47☐	46☐	45☐	44☐	43☐	42☐	41☐		31☐	32☐	33☐	34☐	35☐	36☐	37☐	38☐

Kostenträger

☐ Selbstzahler ☐ KVG ☐ IV (Verfügung beilegen) ☐ UVG ☐ EL ☐ Sozialamt

Behandlungsnotwenidigkeit:

☐ Normal ☐ Dringend (bei Notfällen bitte zusätzlich telefonischen Kontakt)

Übermittlung Beilagen

☐ per Mail ☐ per Post ☐ keine Beilagen vorhanden

Überweisende Praxis

Praxisname .....
Zahnarzt/-ärztin .....
Strasse, Nr.: .....
PLZ, Ort: .....

Telefon .....
E-Mail Praxis .....
E-Mail Zahnärztin .....

Bitte senden Sie das ausgefülltes Formular mit allfälligen Beilagen an unsere HIN-Mailadresse senden: zahnarzt-murg@sso-hin.ch

Metzgerstrasse 1
8500 Frauenfeld

Telefon 052 720 17 20
Fax 052 720 17 21

info@zahnarzt-murg.ch
www.zahnarzt-murg.ch