



Überweisung

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Bitte um:

- Beratung
- Therapie
- Digitale Volumentomographie

Überweisungsgrund/Fragestellung

- telefonische Rücksprache erwünscht

Bitte geben Sie Ihren Patienten die aktuelle Röntgenaufnahme mit – falls vorhanden.

Selbstverständlich erhalten Sie diese nach Abschluss der Therapie zurück.

Datum

Praxisstempel und Unterschrift