



DANUBE PRIVATE UNIVERSITY
Fakultät Medizin/Zahnmedizin

Überweisung an das

Zahnambulatorium Krems der DPU || Steiner Landstraße 124 || 3500 Krems || Österreich

durch Zahnarzt /Arzt

Anrede: _____

Titel/Vorname/Name: _____

Praxisanschrift: _____

(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Daten des Patienten:

Anrede: _____

Titel/Vorname/Name: _____

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Versicherter: _____

Versicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Diagnose:

Durchzuführende Therapie oder operative Eingriffe:

Röntgenbilder, anbei _____

Laborbefunde, anbei _____

Derzeit verabreichte
Medikamente: _____

Bekannte Allergien: _____

Patientenaufklärung durchgeführt? Ja / Nein

Die Überweisung ist unbedingt mit allen sonstigen Behandlungsunterlagen (Röntgenbilder, Laborbefunde, Arztbriefe) bei der ersten Terminvereinbarung mitzubringen.

Ort, Datum _____

Unterschrift/Praxisstempel
des Überweisers