

## Überweisung

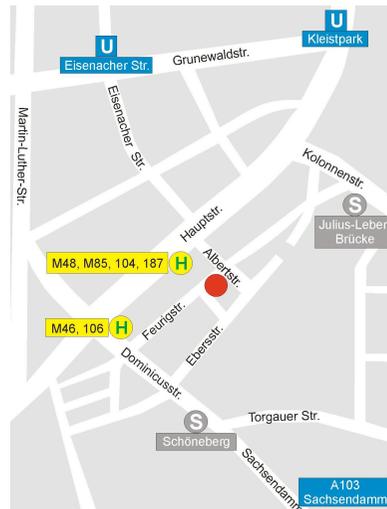
Name und Vorname des Patienten / der Patientin

zur

- Weisheitszahnentfernung 18/28/38/48
- WSR an Zahn \_\_\_\_\_
- Operative Entfernung \_\_\_\_\_
- Implantatberatung Regio \_\_\_\_\_
- OPTG \_\_\_\_\_

Unsere aktuellen Sprechzeiten erfragen  
Sie bitte unter 782 15 62

Stempel der Zahnarztpraxis



Datum und Unterschrift

## Überweisung

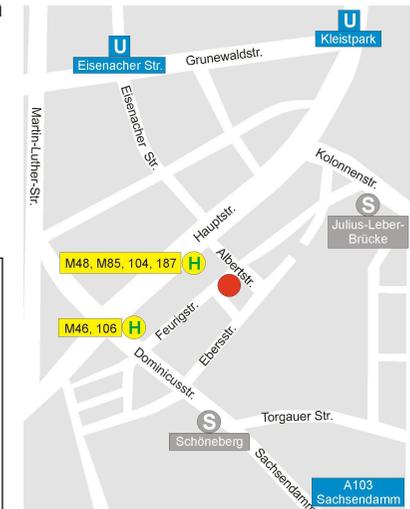
Name und Vorname des Patienten / der Patientin

zur

- Weisheitszahnentfernung 18/28/38/48
- WSR an Zahn \_\_\_\_\_
- Operative Entfernung \_\_\_\_\_
- Implantatberatung Regio \_\_\_\_\_
- OPTG \_\_\_\_\_

Unsere aktuellen Sprechzeiten erfragen  
Sie bitte unter 782 15 62

Stempel der Zahnarztpraxis



Datum und Unterschrift