

PatientInnendaten		
Geschlecht: <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	Titel	<input type="radio"/> Selbstversichert <input type="radio"/> Pensionist
Familienname Patient/in	Vorname Patient/in	Staatsangehörigkeit
SV. Nr. [0000] / Geb. Datum [TT MM JJ]	Krankenkasse	Telefon
Adresse [PLZ, Ort, Straße, Hausnummer/Stiege/Türnummer]		Kontaktperson auf der Klinik (falls bekannt)
Versichertendaten		
(Nur ausfüllen, wenn die/der Patient/in ein/e Angehörige/r ist)		
Geschlecht: <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	Titel	<input type="radio"/> Selbstversichert Versicherter <input type="radio"/> Pensionist Versicherter
Familienname der/des Versicherten	Vorname	Staatsangehörigkeit
Adresse [PLZ, Ort, Straße, Hausnummer/Stiege/Türnummer]		SV. Nr. [0000] / Geb. Datum [TT MM JJ]
		Krankenkasse

Ich bitte um Durchführung folgender Therapie bei meiner Patientin/meinem Patienten in Regio:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Augmentation Regio: _____ | <input type="radio"/> Weisheitszahnentfernung/operative Zahnentfernung/Extraktion Regio: _____ |
| <input type="radio"/> Implantation Regio: _____ | <input type="radio"/> Präprothetische Chirurgie Regio: _____ |
| <input type="radio"/> Freilegung (mit/ohne Anschlingung) eines ret. Zahnes Regio: _____ | <input type="radio"/> Paro-Chirurgie/Weichteilchirurgie Regio: _____ |
| <input type="radio"/> KFO-Verankerungsschraube, KFO-Platte Regio: _____ | <input type="radio"/> Begutachtung der Mundschleimhaut Regio: _____ |
| <input type="radio"/> WSR ortho-/rethrograd Regio: _____ | <input type="radio"/> Begutachtung/chirurgische Beratung wegen: _____ |
| <input type="radio"/> Zahntransplantation Regio: _____ | |

Wir würden Sie bitten, Folgendes Ihrem Patienten mitzugeben:

- Eventuell bereits vorliegenden (prothetischen, kieferorthopädischen) Behandlungsplan
- Röntgenbilder/Dental CT (können nur mit Befund berücksichtigt werden) – Röntgenbilder können Sie alternativ auch an radiologie-unizahnklinik@meduniwien.ac.at schicken:
- Relevante allgemeinmedizinische Befunde und Medikamentenlisten

Die Terminvereinbarung für Ihren Patienten erfolgt telefonisch bei der Leitstelle der chirurgischen Ambulanz unter (01) 40070/4121 (Mo-Fr, 8-14h).

Datum [TT.MM.JJJJ]	Stempel & Unterschrift der/des überweisenden Zahnärztin/arztes	Unterschrift der/des Patientin/Patienten
--------------------	--	--

Um die Wartezeit für Ihre/Ihren Patientin/en auf ein Minimum zu reduzieren, können Sie das bereits ausgefüllte Anamneseformular eingescannt per **E-Mail** an aufnahme-unizahnklinik@meduniwien.ac.at oder per **Fax** an 01/40070-2009 senden.