

## Überweisung an die Hauszahnärztin / den Hauszahnarzt

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Heim: \_\_\_\_\_ Zimmer: \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_

Kontaktperson (Familie, Beistand): \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege

Anlässlich der Untersuchung vom \_\_\_\_\_ wurden bei obiger Patientin/obigem Patienten folgende Befunde/Diagnosen gestellt:

Schleimhaut: \_\_\_\_\_

Parodontitis: \_\_\_\_\_

Karies: \_\_\_\_\_

Prothese: \_\_\_\_\_

Sonstige Befunde: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Patientin / Der Patient hat uns angegeben, dass Sie die Hauszahnärztin / der Hauszahnarzt sind. Wir bitten Sie freundlich, mit der Patientin / dem Patienten Kontakt aufzunehmen, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Für Fragen stehe ich Ihnen jederzeit sehr gerne zur Verfügung.

Besonderes:	
Name und Praxisadresse Heimzahnärztin/Heimzahnarzt E-Mail/Telefonnummer Stempel:	
Datum und Unterschrift:	