



# Überweisungsformular

## Egli Zahnmedizin

### Angaben zur überweisenden Praxis:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Patienten:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Wir bitten um Abklärung / Behandlung:

- |                          |                              |       |
|--------------------------|------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Chirurgie                    | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Mundschleimhautveränderungen | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Kieferorthopädie             | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Funktionsproblematik         | _____ |

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Bitte kontaktieren Sie unseren Patienten zur Terminvereinbarung.            |
| <input type="checkbox"/> | Unser Patient wird sich selbstständig bei Ihnen melden.                     |
| <input type="checkbox"/> | Bitte rufen Sie uns zur persönlichen interdisziplinären Besprechung zurück. |

\_\_\_\_\_  
Datum | Unterschrift | Praxisstempel

### Beilagen:

- |                          |                        |                          |                                    |                          |                                      |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Aktuelle Anamnese      | <input type="checkbox"/> | KO-/ Prothetische Planung          | <input type="checkbox"/> | Aktuelle Medikamentenliste           |
| <input type="checkbox"/> | Aktuelle Röntgenbilder | <input type="checkbox"/> | Aktuelle Diagnoseliste (allg.med.) | <input type="checkbox"/> | Röntgenbilder per Mail / Post / Pat. |



## Liebe Patientin, lieber Patient,

gerne übernehmen wir Ihre chirurgische / kieferorthopädische Behandlung in unserer spezialisierten Fachzahnarztpraxis. Sämtliche weiterführenden Behandlungen werden wie gewohnt bei Ihrem Hauszahnarzt durchgeführt.

Um für Sie einen möglichst reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, bitten wir Sie, folgende Unterlagen zum Termin mitzubringen (falls vorhanden):

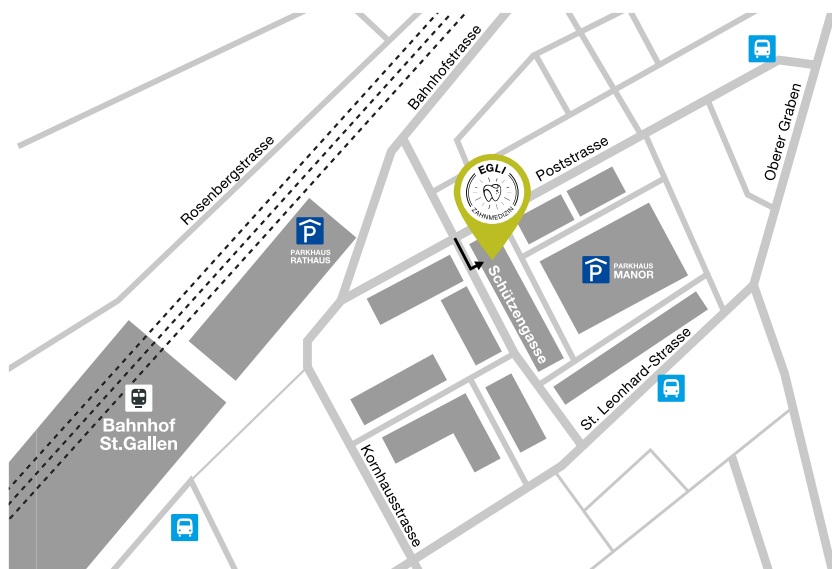
- Bestehende Röntgenbilder
- Diagnoseliste von Hausarzt oder Klinik
- Medikamentenliste
- Falls möglich bereits ausgefüllter Anamnesebogen unserer Praxis  
(diesen finden sie unter [www.eglizahnmedizin.ch](http://www.eglizahnmedizin.ch) / Termine / Erster Termin / Anamnesebogen)

Wir freuen uns sehr, Sie gemeinsam mit Ihrem Hauszahnarzt betreuen zu dürfen.

Ihr Egli Zahnmedizin Team

### So finden Sie uns:

Adresse: Schützengasse 8  
9000 St. Gallen  
Telefon: 071 230 05 50  
E-Mail: [info@eglizahnmedizin.ch](mailto:info@eglizahnmedizin.ch)  
Web: [www.eglizahnmedizin.ch](http://www.eglizahnmedizin.ch)



### Anfahrt mit Zug / Bus

Wir befinden uns unmittelbar am HB St. Gallen

### Anfahrt mit dem Auto

öffentliche Parkmöglichkeiten direkt vor der Praxis (max. 1 Stunde) oder Parkhäuser Rathaus oder Manor in unmittelbarer Nähe.