



# Überweisungsformular Radiologie

## Egli Zahnmedizin

### Angaben zur überweisenden Praxis:

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

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

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

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

### Angaben zum Patienten:

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

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

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

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

### Wir bitten um folgende Bildgebung:

DVT

OPT

FR

### Bitte geben Sie uns kurz die Indikation / Fragestellung an:

---

---

---

---

---

- Bitte kontaktieren Sie unseren Patienten zur Terminvereinbarung.
- Unser Patient wird sich selbstständig bei Ihnen melden.
- Bitte rufen Sie uns zur persönlichen interdisziplinären Besprechung zurück.

---

Datum | Unterschrift | Praxisstempel



# Liebe Patientin, lieber Patient,

gerne übernehmen wir Ihre weiterführende bildgebende Diagnostik 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,

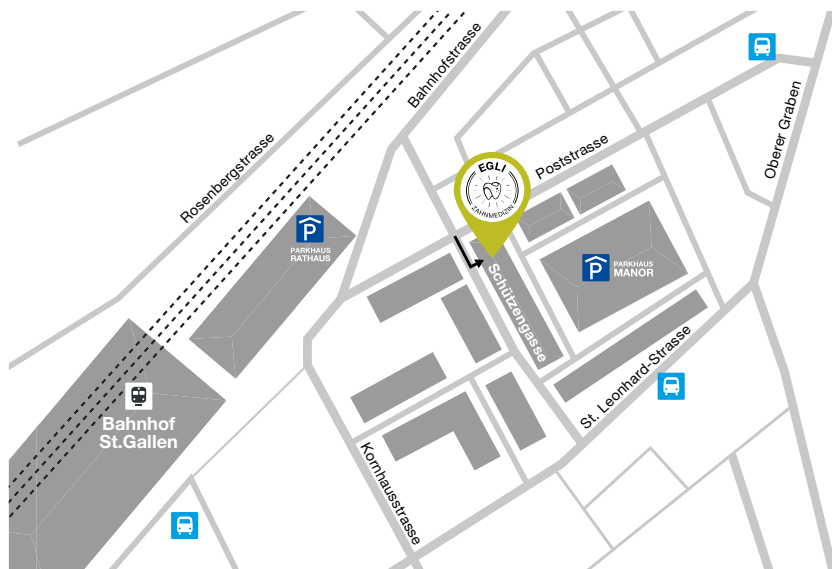
- 15 Minuten vor Ihrem radiologischen Termin bei uns zu sein.
- Die Aufnahmen müssen direkt vor Ort mit Karte oder Bar bezahlt werden.

Wir freuen uns sehr, Sie gemeinsam mit Ihrem Hauszahnarzt betreuen zu dürfen. Ihr Zahnarzt wird den Bericht und die Aufnahmen in digitaler Form erhalten.

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.