



ÜBERWEISER

Stempel und Unterschrift

FORUMPRAXIS KINDER- &
JUGENDZAHNMEDIZIN

Fr. Dr. Preeti Singh-Hüsgen
Alexianerplatz 1
41464 Neuss

Datum

Überweisung zu einer Kinderbehandlung

Patient/in

Name: _____

Vorname: _____

Geb.datum: _____

Bitte führen Sie folgenden
Kinderbehandlungs-
Überweisungsauftrag aus:

Zahn/ Zähne _____

- ☐ **Abklärung** Zahnerhalt möglich?
- ☐ **Beratung**
- ☐ **Behandlung unter Vollnarkose**
- ☐ **Behandlung mit Lachgas**
- ☐ konservierende Behandlung
- ☐ endodontische Behandlung
- ☐ **Behandlung der MIH Zähne**
- ☐ **Platzhalter**
- ☐ **Kinder Prophylaxe**
- ☐ **Sonstiges** _____

Aktuelle Röntgenbilder:

- ☐ liegen nicht vor oder **werden**
- ☐ mitgegeben ☐ gemailt
- ☐ zugesandt

Terminvereinbarung mit
Patienten soll erfolgen:

- ☐ ja, Tel.: _____
- ☐ nein, Pat. meldet sich zur Terminierung

Rücksprache nach
Beratungsgespräch wird erbeten:

- ☐ ja
- ☐ nein

Den Arztbrief möchte ich
erhalten:

- ☐ postalisch
- ☐ per E-Mail: _____

Ihre Patienten werden selbstverständlich
entsprechend der Gutachterregelung
innerhalb von zwei Jahren nach Vorstellung
in unserer Praxis ausschließlich im Rahmen
Ihres Überweisungsauftrages behandelt.
Nach Abschluss der Behandlung erfolgt die
kollegiale Rücküberweisung!