Universität Zürich[UZH]

**Zentrum für Zahnmedizin**
Klinik für Kaufunktionsstörungen

Plattenstrasse 11
CH-8032 Zürich
Telefon +41 44 634 42 01
Telefax +41 44 634 43 12
www.zzm.uzh.ch
zzm.sss@hin.ch

Datei speichern unter… | Alle Feldinhalte löschen

**Formular drucken**

# Überweisungsformular – Interdisziplinäre orofaziale Schmerzsprechstunde

| **Adresse des Überweisers / der Überweiserin** |
|---|
| Anrede: bitte auswählen |
| Titel: |
| Nachname: |
| Vorname: |
| Praxis-Name: |
| Strasse, Nr.: |
| Postleitzahl: |
| Ort: |

| |
|---|
| Telefon: |
| Fax: |
| E-Mail: |

| **Angaben zum Patienten / zur Patientin** |
|---|
| Anrede: bitte auswählen |
| Titel: |
| Nachname: |
| Vorname: |
| Geburtsdatum: |
| Strasse, Nr.: |
| Postleitzahl: |
| Wohnort: |

| |
|---|
| Telefon privat: |
| Telefon mobil: |
| **E-Mail:** |

| |
|---|
| **Versicherungs-kartennummer:** |
| Name der Versicherung: |
| AHV-Nummer: |

| **Verdachtsdiagnose** |
|---|
| |
| Röntgenbilder und Berichte senden Sie uns bitte ebenfalls per E-Mail: zzm.sss@hin.ch |

| **Begleiterkrankungen** |
|---|
| |

| **Allergien** |
|---|
| |

| **Adresse des Hausarztes** |
|---|
| |