

Überweisung an

Klinik für Zahnerhaltung,
Präventiv- und Kinderzahnmedizin
Patientensekretariat
Freiburgstrasse 7
3010 Bern

Überweisender Zahnarzt

Name:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Patient

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon/Natel:

E-Mail:

Gewünschte Dienstleistung

Beilagen

Ort, Datum:

Unterschrift: