

# Überweisung

in die Gemeinschaftspraxis Güntzer&Brandstätter

Christophstraße 25  
54290 Trier  
Tel.: 0651 75687  
praxis@guentzer-brandstaetter.de

## Überweisende Praxis

|         |
|---------|
| Stempel |
|---------|

Behandelnder Zahnarzt/Arzt: \_\_\_\_\_

Telefonnummer für Rückfragen: \_\_\_\_\_

Patient/in: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

## Durchzuführende Behandlung:

|  |
|--|
|  |
|--|

## Anlagen

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Röntgenbilder | <input type="checkbox"/> Fotos           |
| <input type="checkbox"/> HKP           | <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift