

Anmeldeformular für die konservierende Zahnbehandlung in Narkose am Klinikum Passau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Erziehungsberechtigter / Betreuer

Straße

Wohnort

Telefon (tagsüber erreichbar!)

Grad der Behinderung

Hausarzt

Einweisender Zahnarzt

Geschätzte Behandlungsdauer

Krankenkasse

Besonderheiten

Praxis (Stempel)

Datum, Unterschrift

» Terminbestätigung durch Klinikum:

Tag

Einbestellzeit

OP-Beginn

Sonstiges

» Bitte Überweisungsschein vom Hausarzt (mit ICD 10) mitbringen!

KLINIK FÜR ANÄSTHESIOLOGIE
UND OPERATIVE INTENSIVMEDIZIN

Datum, Unterschrift

851010101099

