

Absender oder Praxisstempel:

Datum _____

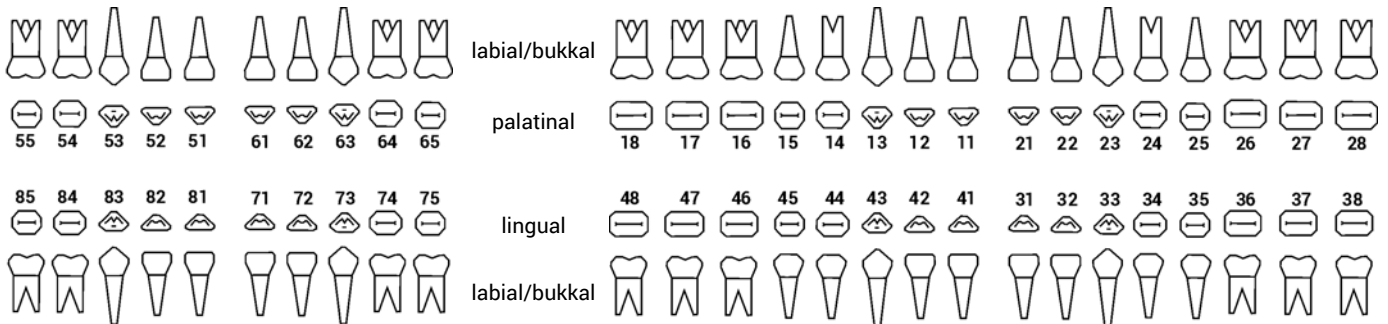
UZB
Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel UZB
Zahnärztlicher Dienst des UKBB
Mattenstrasse 40
4058 Basel
Mail: diana.opitz@uzb.ch

Überweisung für eine Behandlung in Vollnarkose

Patient / Patientin

Name	_____	Vorname	_____
Strasse & Nr.	_____	PLZ, Ort	_____
Geburtsdatum	_____	Telefon-Nr.	_____
Nationalität	_____	Mobile-Nr.	_____
Gesetzl. Vertreter	_____		
Med. Kurzanamnese	_____		

Kariesbefund: SCHMERZEN, Abszess Karies Karies prof.



Röntgenbilder _____

Kommentar/ mit Eltern besprochen _____

Behandlungswunsch _____

Eltern / Erziehungsberechtigte / Garanten

♦ **KJZ BL** Den Eltern mitgeteilt, dass sie für die Garantenbestätigung verantwortlich sind

KLV ♦ **Unfall**

Name	_____	Vorname	_____
Strasse & Nr.	_____	PLZ, Ort	_____
Telefon-Nr.	_____	Handy-Nr.	_____

Beilagen:
