

Absender oder Praxisstempel:

Datum _____

UZB
Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel UZB
Zahnärztlicher Dienst des UKBB
Mattenstrasse 40
4058 Basel
Mail: nadia.fachin@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.

55 54 53 52 51	labial/bukkal	18 17 16 15 14 13 12 11
61 62 63 64 65	palatinal	21 22 23 24 25 26 27 28
85 84 83 82 81	lingual	48 47 46 45 44 43 42 41
71 72 73 74 75	labial/bukkal	31 32 33 34 35 36 37 38

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: