

Überweisungsformular: Zahnmedizin



Überweisende/r Tierarzt/in / Klinik:

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Ansprechpartner/In:

kleintierpraxis **elfenau** GmbH

Thunstrasse 83, 3006 Bern, Tel.: 031 352 06 44

E-Mail: dentistry@kleintierpraxis-elfenau.ch

Dr. med. vet. **Basil Binkert** GPCert(WVA&CPM)

Halter-Name/ Vorname:

Strasse:

PLZ, Ort:

Tel. /Mobil:

E-Mail:

Tier

Name:

Rasse:

Geb.Datum:

Geschlecht: ☐ w ☐ m

☐ Hund ☐ Katze

Alter:

Gewicht:

Vorstellungsgrund: ☐ NOTFALL ☐ Unfall ☐ Erstbehandlung ☐ Kontrolle

Bitte Veränderungen im Zahnschema auf der Rückseite einzeichnen

Gewünschte Behandlung: (bitte ankreuzen)

☐ Extraktion

☐ Wurzelbehandlung

☐ Vitalamputation (Abgebrochener Zahn)

☐ Korrektur Zahnfehlstellung

☐ Zahnersatz / Krone

☐ Tumor OP

☐ Parodontal Behandlung

☐ Zahnzyste

☐ Fraktur Behandlung

☐ Knochenaufbau

Bisherige zahnmedizinische Behandlungen:

Beurteilung Narkosefähigkeit:

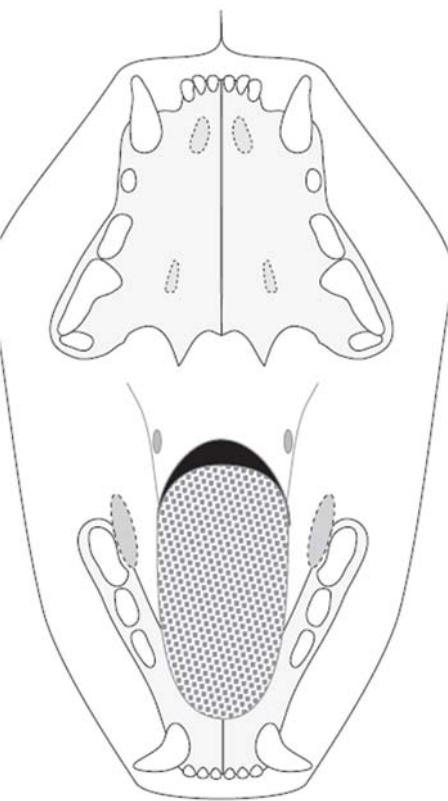
☐ Herzgeräusch wenn Ja Grad: /6 abgeklärt ☐ ja / ☐ nein

☐ Blutuntersuchung wenn ja wann

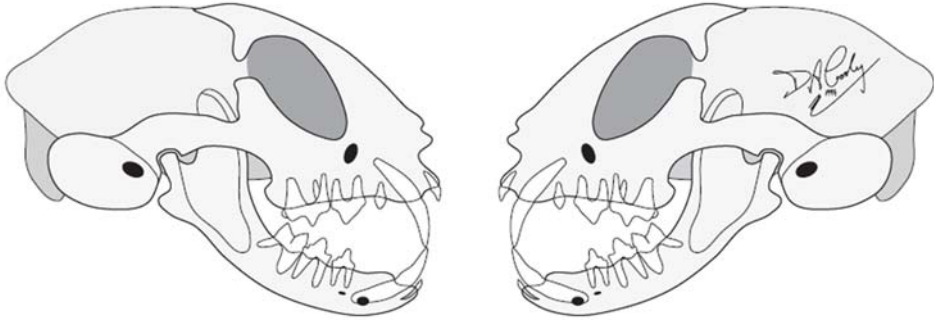
☐ Bekannte Erkrankungen/sonstiges:

Resultate bisheriger Untersuchungen:

Katze

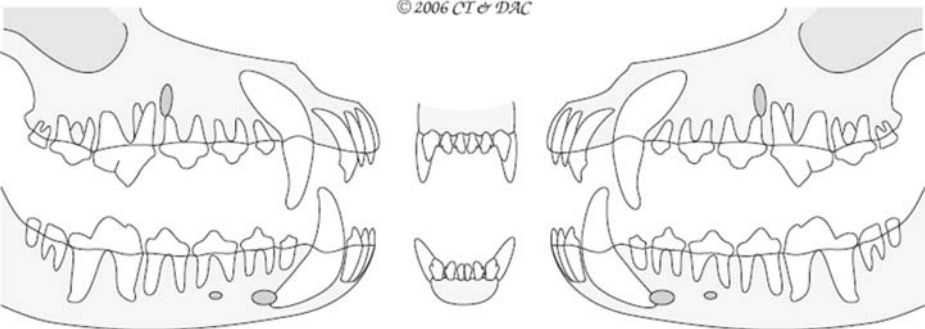
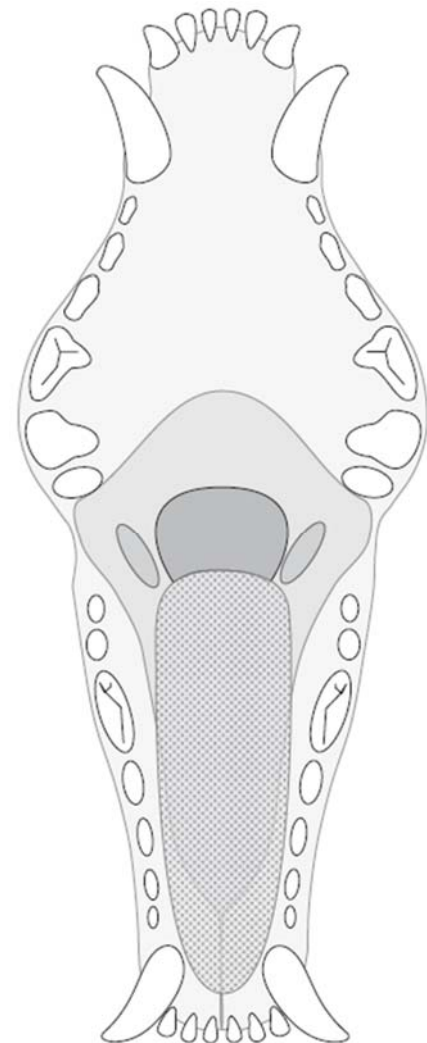


© 2006 CT & DAC



Skull type	Normal	
Jaw relationship	Normal	
Canine angulation	Normal	

Hund



© 2006 CT & DAC

Skull type	Normal	
Jaw relationship	Normal	
Canine angulation	Normal	