

ÜBERSENDUNG VON PATIENTENDATEN

Absendedatum: _____

Zahnarzt:

Name	Vorname	Fon
------	---------	-----

Patient:

Name	Vorname	geb.
------	---------	------

Unbedingt: Bitte das Formular durch Ankreuzen ausfüllen und mit in die Versandbox legen!

Patientenunterlagen	in der Versandbox	online übermittelt
1. OK-Abdruck	<input type="checkbox"/>	
2. UK-Abdruck	<input type="checkbox"/>	
3. Bissnahme	<input type="checkbox"/>	
4. Röntgenbilder		
OPG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FRS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fotos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unbedingt: Bitte die Abdrücke und Bissnahme vor dem Versand gründlich desinfizieren, in die dafür vorgesehenen Versandtüten stecken und verschliessen!