

Inselspital Bern
Universitätsklinik für Schädel-, Kiefer-
und Gesichtschirurgie
Kliniksekretariat
3010 Bern

Überweisung

Patient/-in Dringlichkeit hoch mittel niedrig

Anrede Adresse

Name PLZ | Ort

Vorname Telefon

Geburtsdatum

Versicherung allgemein halbprivat privat

Selbstzahler/-in

Diagnose | Befund**Bisherige Therapie****Durchzuführende Therapie****Bemerkung**

Praxisstempel | Unterschrift

Zuweiser/-in

Datum

Unterlagen DVT OPT _____