

Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Zuweiserformular

Zuweiseradresse

Angaben des Patienten

Name	Vorname
Geburtsdatum	Adresse
Telefonnummer 1	Telefonnummer 2
E-Mail	Krankenversicherung
Zusatzversicherung Zähne	Unfallversicherung

Bitte aufbieten dringend (telefonisch angemeldet)

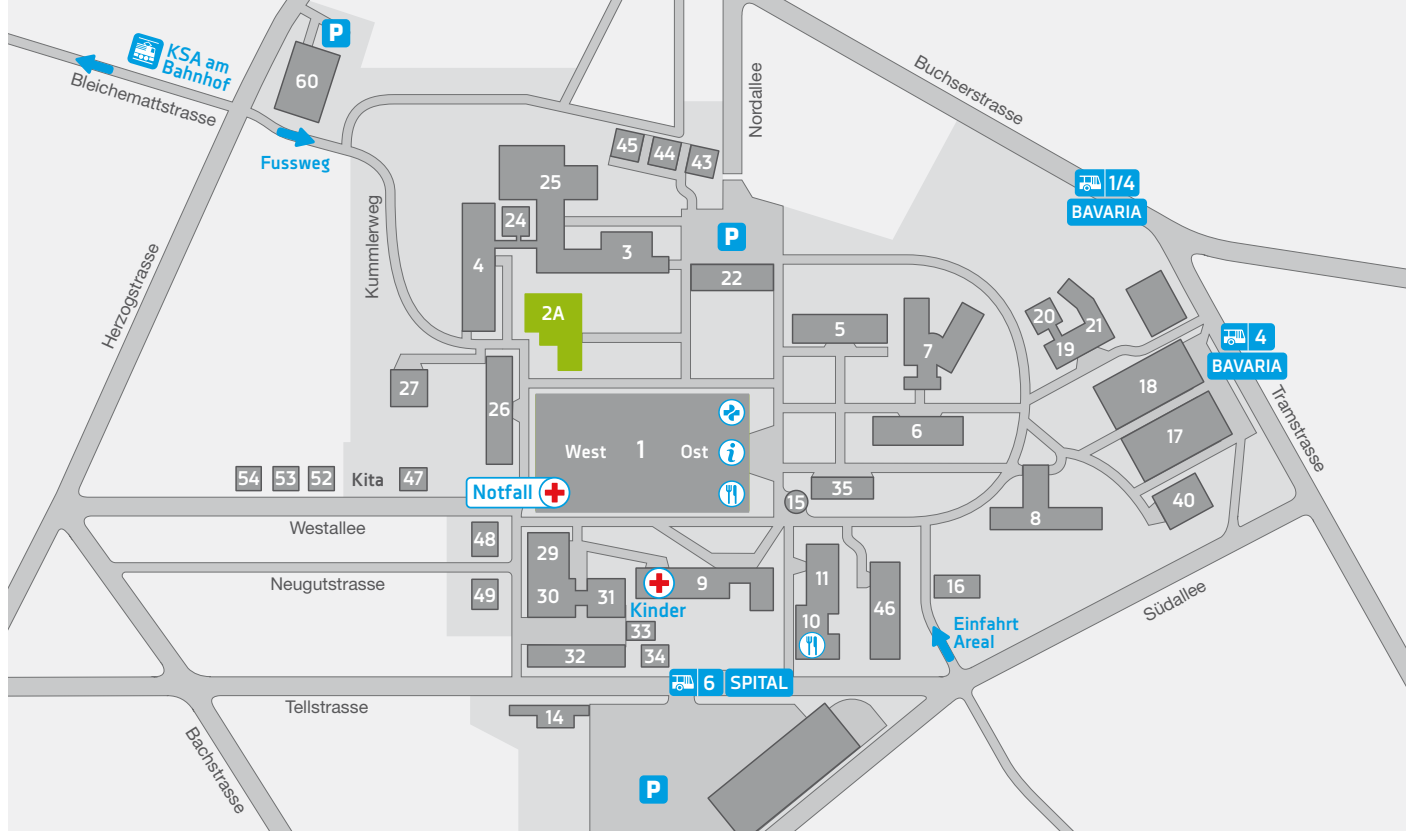
Mit der Bitte um

Abklärung einer Mundschleimhautveränderung
Abszessbehandlung
Zahntfernung
Wurzelspitzenresektion
Beratung vor Implantation und/oder Knochenaufbau
Periimplantitisbehandlung
Zahnsanierung in Intubationsnarkose
Beratung bei Kieferfehlstellung
Abklärung und Beratung einer Kopfdeformität
Sonstiges

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Übermittlung dieses Formulars nur mit einer gesicherten HIN-Mail-Adresse datenschutzkonform möglich ist. Alternativ kann das Dokument passwortgeschützt, mit ausdrücklicher Einwilligung der betroffenen Personen oder auf dem Postweg versendet werden.

Weitere Information

Röntgen per Mail Röntgen per Post



Anreise

Es stehen beschränkt Parkmöglichkeiten zur Verfügung. Bitte benützen Sie die öffentlichen Verkehrsmittel. 10 Minuten Fussweg vom Bahnhof Aarau oder Bus Nr. 6 bis Haltestelle Spital.

Anmeldung

Haus 2A, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Unsere Kontaktdaten

Tellstrasse 25
 5001 Aarau
 Telefon 062 838 45 08
 Telefax 062 838 49 63
 mkg@ksa.ch

