



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)

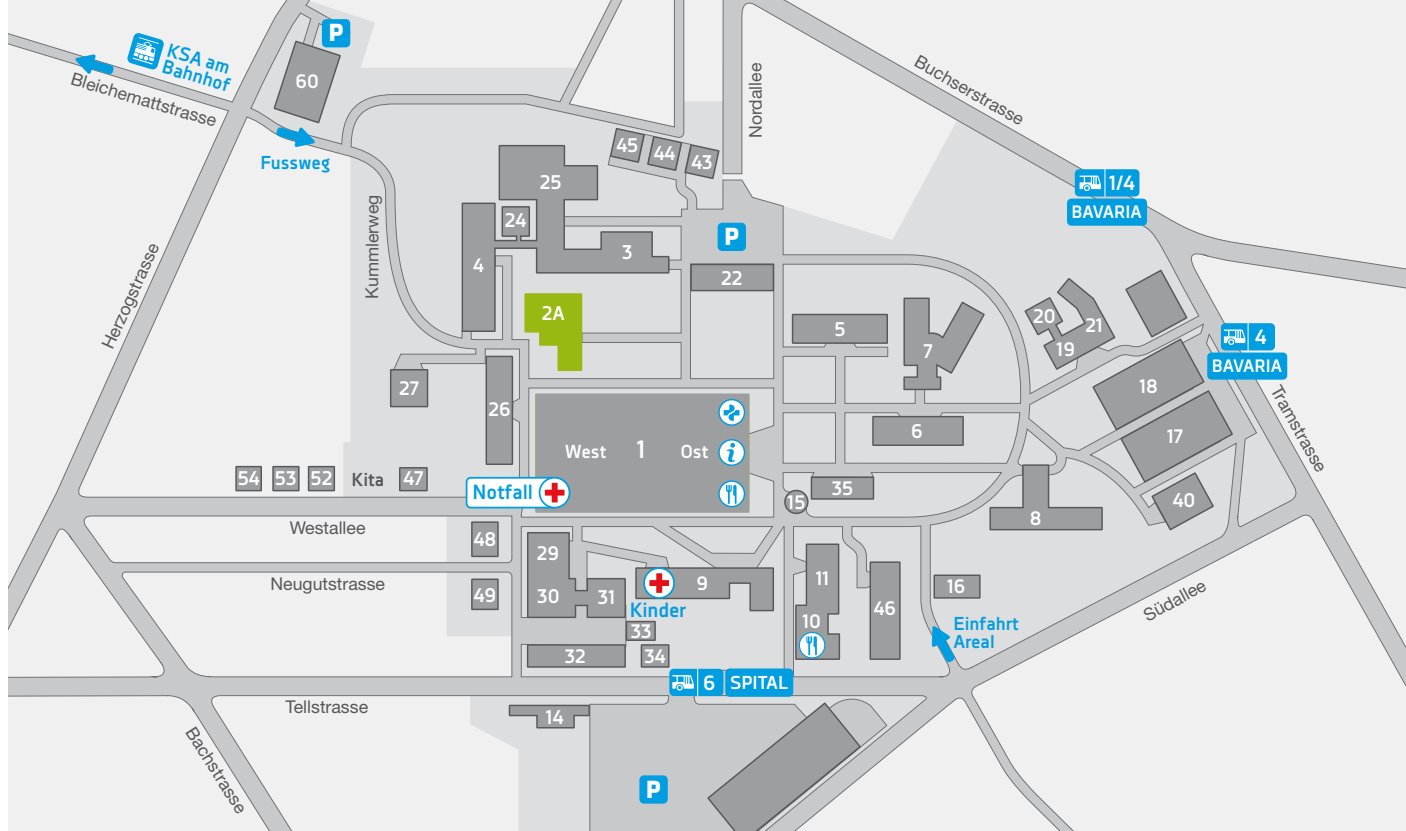
## Mit der Bitte um

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

