

Überweisungsformular

Patient

Name
Vorname
Geburtsdatum

Praxisstempel

--

Überweisung für

- Aufklärung zum Thema Schlafapnoe aus Zahnmedizinische Sicht
- Aufklärung zu den Therapiemöglichkeiten einer OSAS
- Abklärung der Therapiemöglichkeit mit einer UPS (Unterkieferprotrusionsschiene)
- Therapie mit einer UPS

Mitgegebene Unterlagen

- Anamnesebogen der DGZS
- Arztbrief (Diagnose: OSAS)
- Bericht vom Schlaflabor (Diagnose: OSAS)

Therapiebericht (falls gewünscht)

- Per Brief
- Per E-Mail _____
- Per Telefon _____

Praxis für zahnärztliche Schlafmedizin

M. Merissov, M.Sc. M.Sc.

📍 Theaterstraße 14
30159 Hannover

☎ 0511 2157570

📞 01512 3233851

📠 0511 2157571

