

Überweisungsformular

Überweisender Arzt

Name _____

Telefon _____

Email _____

(Stempel)

Patient

Name _____

Vorname _____

geb. am _____ m w

Mobilnr. _____

Email _____

Zahnschema

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

Bitte nennen Sie uns den Grund der Überweisung:

Parodontologie

Parodontaltherapie
Regeneration parodont.
Defekte
Rezessionsdeckung
Sonstige _____

Endodontie

Diagnose
Behandlung
mikrochirurg. Endodontie - WSR
Sonstige _____

Implantologie

Implantation
Augmentation
3D Implantatplanung
Sonstige _____

DVT - 3D Aufnahme OK UK Zahn

Anmerkungen

Röntgen:

Patient bringt Röntgen mit

Röntgen wird via Email geschickt

Röntgen erwünscht

Datum _____ Unterschrift _____