

Überweisungsformular

senden

Patienteninformation:

Name, Vorname: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Parodontologie:

Bitte um Beratung und Therapie bezüglich:

Parodontitis; Initialbehandlung bereits erfolgt? ja nein

Mukogingivaler/Gingivaler Probleme regio: _____

Probleme der biologischen Breite regio: _____

Zahnfreilegung regio: _____

Sonstiges: _____

Implantologie:

Bitte um Beratung und Therapie bezüglich:

Zahnextraktion und anschließender Implantation regio: _____

Implantation regio: _____

Knochenaufbau regio: _____

Sinus Lift regio: _____

Sonstiges: _____

Röntgenbilder existieren und werden Ihnen zur Verfügung gestellt

in digitaler Form per Post

Es existieren keine aktuellen Röntgenbilder

Folgende restaurative / prothetische Therapie ist bereits geplant:

Bitte um Rücksprache vor Erstuntersuchung: ja nein

Soll für die Terminvereinbarung Kontakt mit der/dem Patient/in durch meine Praxis aufgenommen werden?

ja, bitte melden Sie sich zur Terminvereinbarung

per Telefon per E-Mail

nein, der Patient wird sich in Ihrer Praxis melden.

nein, ein Termin wurde bereits vereinbart.

Datum

Name und Praxis