

Überweisungsformular

Patienteninformation

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße _____ PLZ / Ort _____
Telefon Privat _____ E-Mail _____
Telefon Mobil _____

Parodontologie

Grund der Überweisung / durchzuführender Eingriff:

Parodontitistherapie	Regio _____
Regenerative / Resektive Therapie	Regio _____
Chirurgische Kronenverlängerung	Regio _____
Rezessionsdeckung / freies Schleimhauttransplantat	Regio _____
Perimukositis /- implantitistherapie	Regio _____
Sonstiges	_____

Zur Parodontitistherapie

Initialtherapie ist noch nicht erfolgt
Initialtherapie erfolgte am _____
Letzte Parodontitisbehandlung war am _____

Röntgenbilder existieren und werden zur Verfügung gestellt
in digitaler Form Per Post Patient mitgegeben

Bitte um Rücksprache vor Erstbehandlung ja nein

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

ja, bitte melden Sie sich zur Terminvereinbarung
nein, der/die Patient/in wird sich in Ihrer Praxis melden

Datum _____ Name der Praxis _____
Name des Behandlers _____

ZAHNSPEZIALISTEN AM DOM