

Patientenname, Vorname

Geburtsdatum, Telefonnummer

Überweisender
Zahnarzt
(Stempel)

Ich bitte um Durchführung folgender Leistungen:

Beratung (Fragestellung

- Implantatbehandlung
- Parodontalbehandlung

Implantation Regio

- Implantatbehandlung
- Knochenaufbau (horizontal, vertikal, Knochenblock, Sinuslift)

Parodontalchirurgie Regio

- Parodontitis-Therapie (Gesamtbehandlung)
- Regenerative Parodontitisbehandlung
- Rezessionsdeckung
- Kieferkammaufbau für Pontik

Sonstiges

Röntgenaufnahmen beiliegend bitte anfertigen

Bemerkungen (Bitte telephonische Rücksprache vor Beratungstermin)

Ich bitte um Arztbriefe: per Fax per Mail per Post

Dr. Bjørn Greven, M.Sc.
Master of Science
in Oral Implantology

Schwerpunkt Parodontologie

Praxis für Parodontologie

Mellmannweg 9
22041 Hamburg

Tel.: 040 / 656 1442
Fax: 040 / 656 811 54

Praxis@Parodontologie-im-Norden.de