

Patientenname

Geburtsdatum, Telefonnummer

Überweisender
Zahnarzt
(Stempel)

Ich bitte um die Durchführung folgender Leistungen:

Beartung 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 telefonische Rücksprache vor Beratungstermin

Ich bitte um Arztbriefe: per Fax per Mail per Post