



ÜBERWEISUNGSFORMULAR

Ich überweise Ihnen Herrn / Frau ausschließlich zur Beratung

Untersuchung mit folgender Fragestellung

Ich überweise Ihnen Herrn / Frau..... ausschließlich für folgende Therapie

Parodontitistherapie

Initialbehandlung erfolgt am..... Initialbehandlung nicht erfolgt

es wurde in den letzten 3 Monaten eine PZR durchgeführt

Kommentar

Regenerative Therapie Regio

Resektive Therapie Regio

Plastische Parodontalchirurgie (mikrochirurgisch) Regio

Rezessionsdeckung Regio

Kronenverlängerung Regio

Verbreiterung der keratinisierten Gingiva Regio

präprothetische Kieferkammaugmentation Regio.....

Kommentar

Periimplantitistherapie Regio.....

Eckzahnfreilegung Regio.....

Sonstiges

Röntgenunterlagen:

beiliegend dem Patient mitgegeben via @-mail keine vorhanden

Patient wünscht eine Beratung bezüglich: Analgosedierung Intubationsnarkose

Ich bitte um Zusendung Ihres Befundes und Therapievorschlags nach Eingangsdiagnostik sowie um sofortige Rücküberweisung nach abgeschlossener Beratung/Therapie.

.....

Datum Unterschrift

.....

Praxisstempel