



## ZMP Dental

Stampfenbachstrasse 61  
8006 Zürich

+41 44 350 37 50  
info@zmp-dental.ch  
www.zmp-dental.ch

# Überweisung

Name des Patienten: ..... Geburtsdatum: .....

Gewünschte Therapie:

- Anschlingung von retinierten Zähnen .....
- Extraktion .....
- Faltenbehandlung (Botox, Hyaluronsäure) .....
- Gaumenimplantat .....
- Implantat .....
- Krone .....
- Knochenaufbau .....
- Operative Entfernung retinierter Zahn .....
- Parodontalchirurgie .....
- Sinuslift .....
- Vestibulumplastik .....
- Volumetomografie (DVT) .....
- Weichteilchirurgie .....
- Wurzelbehandlung .....
- Wurzelspitzenresektion .....
- Zystektomie .....
- Andere .....

Klinische Symptomatik, Diagnose, Fragestellung:

.....  
.....  
.....  
.....

Bereits durchgeführte Behandlungen, Bemerkungen:

.....  
.....  
.....  
.....

Ich wünsche bei der Behandlung zu assistieren:

- Ja
- Nein

Datum, Unterschrift, Arztstempel: .....