



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
- Volumetomographie
- 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: