
Namenskürzel

Vorname, Name des Patienten

Geb. Datum

m w

Versicherungsstatus gesetzlich privat

Vorstellung des Patienten

zur

- Weiterbehandlung
- Mitbehandlung
- Narkosebehandlung

Der/die Patient/in bringt die aktuellen Röntgenaufnahmen mit

bei

- Dr. S. Clotten
- N. Peters
- Dr. R. Poturak

Bitte fertigen Sie die notwendigen Röntgenaufnahmen an

- DVT OPG FRS
- Einzelzahnaufnahme

Gewünschte Behandlung

- Entfernung Zahn/Zähne _____
 - mit Socket/Ridge Preservation
Zahn/Zähne _____
- Wurzelkanalbehandlung Zahn/Zähne _____
 - Mikroskopische Wurzelspitzenresektion
Zahn/Zähne _____
- Knochenaufbau Regio _____
 - Sinusbodenelevation Rechts Links
- Kieferorthopädische Behandlung
- Sonstiges _____

- Parodontalbehandlung
 - Rezessionsdeckung Zahn/Zähne _____
 - Verbreiterung der keratinisierten Gingiva
Zahn/Zähne _____
 - Chirurgische Kronenverlängerung
Zahn/Zähne _____
 - Präprothetischer Kammaufbau
Regio _____
 - Weichgewebeaufbau um Implantate
Regio _____
 - GTR Regenerative Behandlung
Zahn/Zähne _____
 - Zungen-Lippenbändchenplastik
Regio _____

Kontaktdaten der Überweiserpraxis

Ansprechpartner (Name, Vorname)

Telefonnummer

E-Mail Adresse

Datum, Unterschrift, Praxisstempel