

Überweisungsformular Implantologie

ICH ÜBERWEISE IHNEN

VORNAME, NAME

Herr Frau nicht angegeben

KLINISCHE FRAGESTELLUNG

Aktuelle Röntgenaufnahmen (< 12 Monate) werden bereitgestellt

ICH BITTE SIE UM FOLGENDE BEHANDLUNGSSCHRITTE

IMPLANTOLOGIE

Implantation REGIO:

FST / BGT periimplantär REGIO:

SYSTEM:

Thommen

Periimplantitistherapie REGIO:

Camlog

Straumann

keine Präferenz

Ich bitte um u.U. notwendige implantatprothetische Neuversorgung.

Über Diagnose, Therapievorschläge und Behandlungsergebnis berichten wir Ihnen schriftlich. Nach Abschluss der gewünschten Behandlung übergeben wir alle überwiesenen Patienten selbstverständlich umgehend zurück in Ihre Betreuung.

Mit kollegialen Grüßen,

DATUM

UNTERSCHRIFT / PRAXISSTEMPEL