

## Überweisungsformular Parodontologie

ICH ÜBERWEISE IHNEN

VORNAME, NAME

Herr      Frau      nicht angegeben

\_\_\_\_\_

KLINISCHE FRAGESTELLUNG

\_\_\_\_\_

Aktuelle Röntgenaufnahmen (< 12 Monate) werden bereitgestellt

ICH BITTE SIE UM FOLGENDE BEHANDLUNGSSCHRITTE

\_\_\_\_\_

PARODONTOLOGIE

Diagnose und Beratung (GOZ)

Plastische Parodontalchirurgie (GOZ)

Antinfektiöse Parodontitistherapie

Rezessionsdeckung REGIO: \_\_\_\_\_

Chirurgische Parodontitistherapie (GOZ)

regenerativ REGIO: \_\_\_\_\_

chirurgische Kronenverlängerung REGIO: \_\_\_\_\_

resektiv REGIO: \_\_\_\_\_

Unterstützende Parodontitistherapie

FST / BGT REGIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich bitte um Durchführung u.U. notwendiger konservierender und endodontischer Leistungen.

Ich bitte um u.U. notwendige prothetische Neuversorgung.

Entsprechend der aktualisierten PAR-Behandlungsstrecke für GKV-Patienten empfehlen wir die Übernahme der zweijährigen Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) durch Dentalhygiener:innen unserer Praxis – Ihr Einverständnis vorausgesetzt.

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

Mit kollegialen Grüßen,

DATUM

UNTERSCHRIFT / PRAXISSTEMPEL

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_