

ÜBERWEISUNG

Unser/e Patient/in _____

Geb. am _____

Versicherung _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Telefon/Mobil _____

Überweisung zur:

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| - Abklärung CMD | - Parodontal Therapie |
| - KFO Diagnostik Kinder/Erwachsene | - Rezessionsdeckung |
| - Frühbehandlung für Kinder | - Klinische Kronenverlängerung |
| - Invisalign Beratung | - Regenerative Parodontal Therapie |
| - Stress Management | - Implantologie |
| - Schnarch Therapie | - Zahnextraktion |
| - Andere/ 2. Meinung | - Andere/ 2. Meinung |

Klinische Angaben:

Röntgenbilder:

- Patient bringt den FRS – OPG – DVT - Rö Status mit
- Per email
- Kein Befund

Bemerkungen