**Überweisungsformular**

**Patientendaten**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |       |
| Vorname: |       |
| Geburtsdatum: |       |
| Adresse: |       |
| PLZ / Ort: |       |
| Telefon Privat: |       |
| Telefon Geschäft: |       |
| Telefon Mobile: |       |

[ ]  Röntgenbilder werden zugesandt

[ ]  Patient-/In erwartet Terminaufgebot

**Diagnose oder durchzuführender Eingriff**

[ ]  Fortgeschrittene generalisierte Parodontitis [ ]  Regenerative Therapie

[ ]  Fortgeschrittene lokalisierte Parodontitis [ ]  Furkations-Therapie

[ ]  Juvenile Parodontitis [ ]  Rezessionsdeckung

[ ]  Periimplantitis [ ]  Kronenverlängerung

 [ ]  Komplette Parodontaltherapie

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Anderes: |       |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bemerkungen**: |       |
|       |
|       |
|       |
|       |

**Absender überweisender Zahnarzt**

|  |  |
| --- | --- |
| Name/Vorname: |       |
| Adresse: |       |
| PLZ / Ort: |       |
| Telefon: |       |
| Fax: |       |
| E-Mail: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| *Datum*: |       |