

## Überweisungsformular

---

Adresse der Überweiserpraxis

### Patientenangaben

Name	Adresse
Geburtsdatum	Telefon (privat)
Mobil	Krankenkasse/private Krankenversicherung

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Orthograde Wurzelkanalbehandlung<br>(unter dem Mikroskop) | <input type="checkbox"/> Regenerative Parodontalchirurgie                           |
| <input type="checkbox"/> Wurzelspitzenresektion                                    | <input type="checkbox"/> Extraktion/ Osteotomie                                     |
| <input type="checkbox"/> orthograde WF   | <input type="checkbox"/> Praimplantologische Augmentation                           |
| <input type="checkbox"/> retrograde WF   | <input type="checkbox"/> Sofortimplantation   |
| <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung und diagnostische<br>Abklärung          | <input type="checkbox"/> Implantatberatung  |
| <input type="checkbox"/> Parodontitisbehandlung                                    | <input type="checkbox"/> feste dritte Zähne an einem Tag<br>all-on-4/fast und fixed |
| <input type="checkbox"/> PA-Chirurgie  | <input type="checkbox"/> Implantation (mit provisorischer<br>Sofortversorgung)      |
| <input type="checkbox"/> Vestibuloplastik  | Regio: _____  |
| <input type="checkbox"/> Rezessionsdeckung   | <input type="checkbox"/> Computergestützte Implantation                             |
| <input type="checkbox"/> Augmentation  | <input type="checkbox"/> Lippenbändchen   |
| <input type="checkbox"/> Präprothetische, chirurgische<br>Kronenverlängerung       | <input type="checkbox"/> Zungenbändchen   |
|  | <input type="checkbox"/> Anschlingung des Zahnes                                    |

### Bemerkungen:

---

---

Wir danken Ihnen herzlich für Ihr vertrauen und verbleiben mit den besten Grüßen  
Ihre Praxis Dr. med. dent. Hilda Stoffels