



Überweisung zur Weiterbehandlung / Diagnostik

Name: _____ geb. am: _____

Röntgendiagnostik: DVT OPG Zahnfilm

Sedierung

Operative Zahnentfernung

Wurzelspitzenresektion

Freilegung

Abszessbehandlung

Parodontaltherapie

 Rezessionsdeckung

Korrektur Lippenband

OK

UK

Zungenband

Kieferhöhlendiagnostik

Implantation regio

 Implantatsystem:

Straumann

Camlog

Andere

Kieferaugmentation / Sinuslift

Kiefergelenkbeschwerden

Abklärung Mundschleimhaut

Sonstiges

Röntgenbild wurde geschickt

KIM

KZVH

Rückruf sofort erbeten

Datum

**IHR WEG ZU UNS UND WEITERE
NÜTZLICHE LINKS AUF EINEN BLICK**



Praxisstempel / Unterschrift