

Überweisung Implantologie

Patientenangaben

Name Vorname

Adresse PLZ/Ort



Telefon Privat/Mobile E-Mail

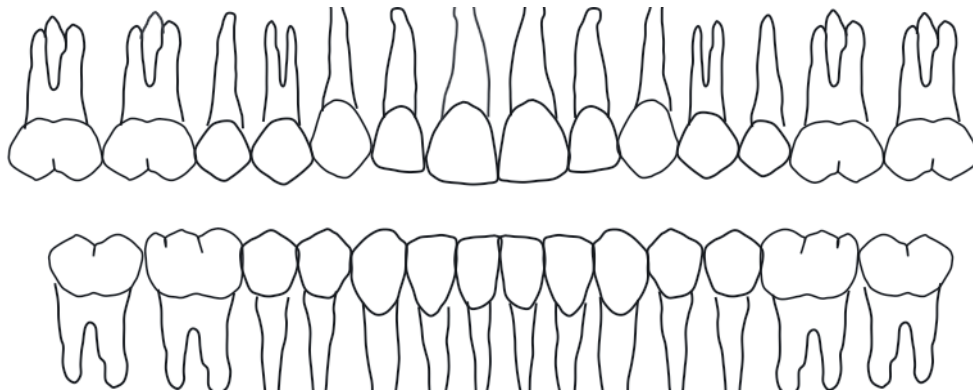
- Patient meldet sich
 Patient bitte aufbieten
 Patient hat Termin

Überweisung für

- Implantation
- Primärer Knochenaufbau mit autologem Knochen (Blocktransplantat)
- Primärer Sinuslift
- Periimplantitisbehandlung

Gewünschtes Implantat

- Straumann SP 
- Straumann Bonelevel 
- Anderes



Suprastruktur

Röntgenbilder

- werden per Post gesandt bringt Patient mit

Rücküberweisung

- mit Healingabutment mit Provisorium

Besonderes

Datum/Unterschrift