

## Überweisung Parodontologie

### Patientenangaben

Name .....

Vorname .....

Adresse .....

PLZ/Ort .....

Telefon Privat/Mobile .....

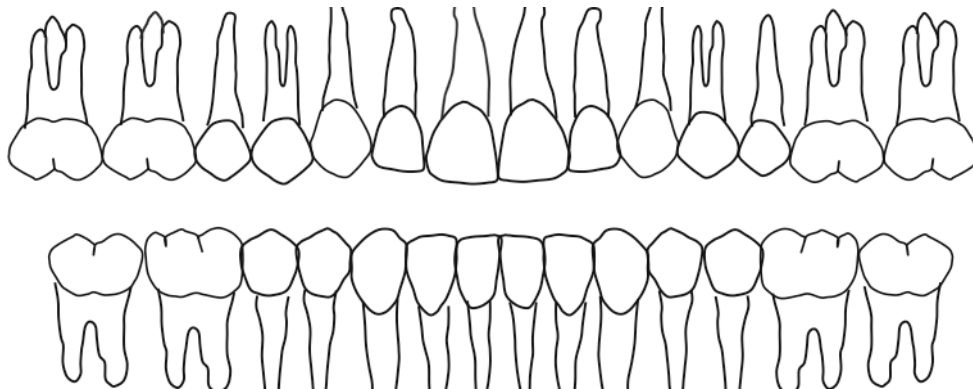
E-Mail .....

- Patient meldet sich  
 Patient bitte aufbieten

Patient hat Termin .....

### Überweisung für

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Second opinion   | <input type="checkbox"/> Rezessionsdeckung                         |
| <input type="checkbox"/> Parodontitisbehandlung (Initial- und chirurgische Phase) | <input type="checkbox"/> Kronenverlängerung                        |
| <input type="checkbox"/> Parodontitisbehandlung (nur chirurgische Phase)          | <input type="checkbox"/> Volumenaufbau mit Bindegewebetransplantat |



### Röntgenbilder

- werden per Post gesandt     bringt Patient mit

Besonderes .....

Datum/Unterschrift .....