

Überweisungsformular

Ich überweise Ihnen Herrn/Frau

ausschließlich für folgende Therapie:

Telefonnummer des Patienten: _____



Parodontologie

- Parodontaltherapie Regio _____
- Regenerative Parodontaltherapie Regio _____
- Resektive Parodontaltherapie Regio _____
- Furkationstherapie Regio _____
- Kronenverlängerung Regio _____
- Rezessionsdeckung Regio _____
- Sonstiges: _____

Implantologie

- Periimplantitistherapie Regio _____
- Implantat Regio _____
- Gewünschtes Implantat-System:
 - Astra
 - Überlasse ich Ihnen
- Sinuslift Regio _____
- Knochenaufbau Regio _____
- Sonstiges: _____

Bitte geben Sie alle vorhandenen Röntgenbilder, die nicht älter als 2 Jahre sind, dem/der Patienten/in mit!

Ich bitte um Zusendung Ihres Befundes und Therapievorschlags nach Eingangsdiagnostik sowie sofortige Rücküberweisung nach abgeschlossener Therapie.

Mit kollegialen Grüßen

Datum

Unterschrift

pro dental care

Dr. med. dent. Ulrika Montén, MSc
Fachzahnarztpraxis für Parodontologie,
Implantologie und Prophylaxe
Schweden (DGP/EFP)

Beim Strohhouse 2
20097 Hamburg

Telefon (040) 5550 2646
Fax (040) 5550 2645
info@pro-dental-care.de
www.pro-dental-care.de

