

ÜBERWEISUNGSFORMULAR

Überweisender Zahnarzt:

Name:
Adresse:
Telefon:
E-mail:

PATIENT:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____
Adresse: _____ Telefon: _____

Grund der Zuweisung / Durchzuführender Eingriff:

- Osteotomie / 8er
- Osteotomie anderer Zähne oder gutartiger Hartgewebstumoren
- Zystenbehandlung
- Schleimhautveränderung
- Anderes:

- Implantologie

Oberkiefer:

- Einzelzahnlücke:
- Schaltlücke:
- Freiendsituation:
- Zahnlos:
- Andere:

Unterkiefer:

- Einzelzahnlücke:
- Schaltlücke:
- Freiendsituation:
- Zahnlos:
- Andere:

Therapieplan:**Gewünschte Therapie:**

- Implantatchirurgie
- Implantatprothetik in der eigenen Praxis Implantatprothetik in der Praxis T. Sulzer
- Patient soll aufgebeten werden Patient meldet sich selbst

Bemerkungen:**Beilage(n):**