

ÜBERWEISUNGSFORMULAR ORALCHIRURGIE



www.zm1.de

An
ZAHNÄRZTE MARKT 1
Dr. Jens C. Rathje
Markt 1
23552 Lübeck

PRAXISANGABEN

Name: _____
Behandler: _____
Adresse: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
Telefax: _____ E-Mail: _____

Ihr Praxisstempel

PATIENTENANGABEN

Name, Vorname: _____
Adresse: _____
Telefon (privat): _____ Telefon (dienstl.): _____
Krankenkasse: _____ Geb.-datum: _____

ANHANG

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Röntgenaufnahmen | <input type="checkbox"/> CT/DVT-Schablone |
| <input type="checkbox"/> DVT-Aufnahmen | <input type="checkbox"/> Parodontalstatus |
| <input type="checkbox"/> CT-Aufnahmen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
- _____

PATIENTENANGABEN

Oralchirurgische Therapie regio: _____

BEMERKUNGEN

- Extraktion / Osteotomie
- Ästhetische Kronenverlängerung
- Präimplantologische Kieferkammrekonstruktion
- Sinuslift intern
- Sinuslift extern
- Implantation
- Ästhetische Sofortimplantation
- Computergestützte Implantation (med3D)

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen und verbleiben mit freundlichen Grüßen!
Ihre Praxis Zahnärzte Markt 1