

ÜBERWEISERFORMULAR

Patientenname

Geburtsdatum

Anamnestische Besonderheiten

Betreffende Zähne/ Regionen

Geplante chirurgische Therapie

- Abszessinzision
- Extraktion/ Osteotomie
- Implantation/ Augmentation
- Kieferhöhlenoperation
- Konservierende Versorgung in Sedation/ Intubationsnarkose
- Neoplasie-/ Probeexzision
- Parodontologische Chirurgie
- Speicheldrüsenoperation
- Traumatologie
- Wurzelspitzenresektion/ Zystenoperation

Sonstiges

- DVT-Anfertigung
- Faltenbehandlung/ Lidstraffung
- Narbenkorrektur/ plastische Chirurgie

Geplante zahnärztliche Therapie/ Bemerkungen

Rückruf erbeten

Sofern ein aktuelles Röntgenbild des Patienten existiert bitten wir um Übersendung bzw. Aushändigung dessen an den Patienten. Selbstverständlich erhalten Sie es nach Abschluss der Therapie in unserer Praxis zurück.

Datum

Unterschrift