

Überweisungsformular

Überweisender Zahnarzt

Name Vorname

Strasse PLZ | Ort

Telefon e-mail

Datum

Patientendaten

Name Vorname

Strasse PLZ | Ort

Telefon e-mai

Implantation

Oberkiefer

- Einzelzahnücke
- Schaltücke (>2)
- Freierend
- Zahnlos

Unterkiefer

- Einzelzahnücke
- Schaltücke
- Freierend
- Zahnlos

Gewünschte Therapie

- Implantatchirurgie
- parodontale Vorbehandlung
- Prothetik in der Privatpraxis
- Prothetik **arcadens**

Oralchirurgie

Durchzuführender Eingriff

- Osteotomie / 8er / Regio
- Osteotomie andere Zähne oder gutartiger Hartgewebstumor
- WSR / Anschlingung
- Anderes

Notfall JA NEIN

Stomatologie

Oberkiefer

- Vest. Schleimhaut
- Keratinisierte Schleimhaut
- Labiale Mukosa
- Harter Gaumen
- Weicher Gaumen

Unterkiefer

- Vest. Schleimhaut
- Keratinisierte Schleimhaut
- Labiale Mukosa
- Zungenrücken
- Zungenränder
- Zungenunterseite
- Zungengrund
- Mundboden

Spezielle Lokalisation

- Bukkale Mukosa
- Kommissurenregion
- Tonsillen / Gaumenbögen

Bemerkungen

Ort / Datum Unterschrift: