



Überweisung

Überweisender Zahnarzt / Zahnärztin
(Stempel)

Datum:

Tel.:

E-Mail:

Fax:

Name des Patienten / der Patientin:

mit der Bitte um

Therapie des Zahnes / der Zähne / Regio _____

Erwünschte Therapieform

- Nicht-chirurgische Parodontistherapie (Full-Mouth-Disinfection)
- Chirurgische Parodontistherapie
- Resektive Therapie
 - Furkationsplastik
 - Wurzelamputation
 - Hemisektion / Prämolarisierung
 - Tunnelierung
- Regenerative Therapie
- Plastische Parodontalchirurgie
 - Deckung gingivaler Rezession
 - Chirurgische Kronenverlängerung
 - Kieferkammaugmentation, präprothetisch
- Mukogingivale Chirurgie (Freies Schleimhauttransplantat)
- Therapie der periimplantären Mukositis / Periimplantitis

Ggf. bereits erfolgte Vorbehandlungen:

Ggf. bereits geplante kons. / proth. Therapien: