

Bitte vollständig ausfüllen und der Patientin / dem Patienten mitgeben.

PATIENTENDATEN															
Name, Vorname: _____								Geburtsdatum: _____ _____				Telefon: _____ _____			
Adresse: _____										Versicherungsstatus: ☐ GKV ☐ PKV ☐ Zahnzusatzversicherung _____					
ÜBERWEISENDE PRAXIS															
Praxis / Behandler: _____								Telefon: _____ _____				Datum: _____ _____			
E-Mail: _____								Ansprechpartner / Rückrufzeit: _____							
ÜBERWEISUNGS-AUFTRAG / GEWÜNSCHTE BEHANDLUNG															
IMPLANTOLOGIE ☐ Implantatberatung / Implantation ☐ Sofortimplantation ☐ Implantatsystem: ☐ Straumann ☐ Camlog ☐ Sonstiges: _____					ORALCHIRURGIE ☐ Operative Zahntentfernung ☐ Weisheitszahntentfernung ☐ Freilegung retinierter Zähne ☐ mit Bracketklebung ☐ ohne Bracketklebung ☐ Wurzelspitzenresektion / Zystenoperation					PARODONTALCHIRURGIE ☐ Offene Parodontalchirurgie, Region: _____ ☐ Periimplantitis-Therapie, Region: _____ ☐ Abszessinision mit Übernahme der weiteren Behandlung ☐ Biopsie / Histologie					
DIAGNOSTIK ☐ OPG ☐ DVT ☐ Implantatplanung ☐ Konsiliarische Mitbeurteilung ☐ Ausschließliche Diagnostik								ANÄSTHESIE / AUFTRAG ☐ IV-Sedierung ☐ Vollnarkose ☐ Diagnostik und Therapie mit Rücküberweisung ☐ Sonstiger Auftrag: _____							
ZAHNSCHEMA															
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DIAGNOSE / FRAGESTELLUNG / BESONDERHEITEN															
_____ _____ _____															
ANLAGEN ☐ OPG ☐ DVT ☐ Modelle ☐ Fotos ☐ Befundbericht ☐ Sonstige Unterlagen								RÜCKRUF ☐ Rückruf erwünscht ☐ Telefon: _____ Zeit: _____							
Vielen Dank für Ihr Vertrauen. Wir behandeln Ihre Patientinnen und Patienten ausschließlich im Rahmen des Überweisungsauftrags. Nach Abschluss der Behandlung erhalten Sie einen Befund- bzw. Behandlungsbericht; Ihre Patientinnen und Patienten werden zur weiteren Betreuung an Ihre Praxis zurücküberwiesen.															