

Überweisender Arzt/Zahnarzt:

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

(ggf. Stempelfeld)

Name des Patienten: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich bitte um die Vornahme folgender Leistungen:

- Beratung und Untersuchung  
Fragestellung: \_\_\_\_\_
- Implantatinsertion regio: \_\_\_\_\_
- Sinusbodenelevation regio: \_\_\_\_\_
- operative Implantatfreilegung regio: \_\_\_\_\_
- parodontalchirurgischer Eingriff regio: \_\_\_\_\_
- Zahnentfernung/Osteotomie folgender Zähne: \_\_\_\_\_
- Wurzelspitzenresektion an folgenden Zähnen: \_\_\_\_\_
- Zystektomie regio: \_\_\_\_\_
- Lippenbandplastik/Frenektomien regio: \_\_\_\_\_
- sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Röntgenaufnahme anbei / Art der Aufnahme: \_\_\_\_\_

Datum / ggf. Unterschrift