



Praxisklinik für Zahnmedizin

Dr. Emmerich² und Kollegen

Parkstraße 25
(direkt am Kuppelnau-Parkplatz)
88212 Ravensburg
Fon: 0751 359097-0
Fax: 0751 359097-99
E-Mail: info@emmerich-emmerich.de

ÜBERWEISUNGSFORMULAR zum Faxen, Mitgeben, Versenden

Bitte ggf. relevante Röntgenbilder mitgeben.

Patient:

Name, Vorname, Geb.datum: _____

Tel. privat / geschäftlich / mobil: _____

Adresse (Strasse, Nr., PLZ, Ort): _____

Bitte führen Sie ausschließlich folgende Behandlung(en) durch:

Oralchirurgische Behandlung regio: _____

- (Weisheits-) Zahnentfernung
- (mikrochirurgische) Wurzelspitzenresektion
- KFO-Zahnfreilegung
- Ästhetisches Bindegewebe-Transplantat (für Brückenversorgung)

Parodontal(chirurgisch)e Behandlung regio: _____

- PA-Therapie nach Ihrem Ermessen
- PA-Chirurgie (O Kronenverlängerung, Geführte parodontale Regeneration (GTR)
- Rezessionsdeckung
- Bindegewebestransplantat im Bereich der Zahnlücke

Implantatchirurgische Behandlung regio: _____ (Implantatsystem: _____)

- Implantatberatung, Implantation, Augmentation
- Periimplantitis-Therapie
- Weichgewebsmanagement bei Ästhetik-/ Hygiene-Defizit
- Feste Zähne auf 4 bis 6 Implantaten (O Bitte Rücksprache wegen prothetischer Versorgung.)

Endodontische Behandlung regio: _____

- nach Zahntrauma
- (mikroskop-unterstützte) Behandlung (orthograd)
- (mikroskop-unterstützte) Revision (orthograd)

Notfall-Behandlung bei Zahntrauma regio: _____

Andere Behandlung/ anamnestische Angaben/ Bemerkungen:

O Bitte um vorherige telefonische Rücksprache

Mit kollegialen Grüßen,

Datum, Unterschrift

Praxisstempel mit Telefon