ÜBERWEISUNG

MIT DER BITTE UM FOLGENDE

☐ Beratung ☐ Therapie

Praxisanschrift/Stempel

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

gerne unterstützen wir Sie mit Spezialbehandlungen unseres Leistungsspektrums. Unser Ziel ist es, alles zu tun, um eine optimale Behandlung Ihres Patienten sicherzustellen. Bitte markieren Sie Ihre Wünsche.

PATIENTENDATEN

Name/Vorname

Geburtsdatum

Straße/Nr

Telefonnummer

Krankenkasse/private Krankenversicherung

ZAHN/ZÄHNE/REGIO

8	7	6	5	4	3	2	1	|	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	|	1	2	3	4	5	6	7	8

RÖNTGENUNTERLAGEN

☐ wurden angefertigt und werden zugesendet

☐ per Post ☐ per Mail

☐ werden dem Patienten mitgegeben

☐ bitte bei Ihnen anfertigen und zusenden

BEMERKUNGEN:

BERATUNG-/BEHANDLUNGSWUNSCH

Parodontologie:

☐ Parodontitistherapie

☐ chirurgische Kronenverlängerung

☐ Rezessionsdeckung

☐ Periimplantitistherapie

Implantologie:

☐ Implantatinsertion

☐ 3D computergestützte Implantatplanung

☐ Knochenaufbau (Augmentation)

☐ Sinuslift

☐ Implantatprothetik

Chirurgie:

☐ Extraktion/Osteotomie

☐ retinierte Zähne

☐ Zyste

☐ Kieferostitis

☐ Endodontische Therapie

☐ Wurzelspitzenresektion

Weitere Behandlung-/Diagnostikoptionen:

☐ 3D-Diagnostik

☐ CMD-Therapie

☐ Schmerzbehandlung und diagnostische Abklärung

☐ PRF-Eigenbluttherapie

☐ Ozontherapie

☐ Störfeldsanierung

☐ Dämmerschlaf (Sedierung)

Praxisklinik Dr. Schneider & Kollegen

Ringstraße 4 | 31275 Lehrte | info@zahnarzt-lehrte.de | www.zahnarzt-lehrte.de

Mo.-Do.: 08.00 – 20.00 Uhr, Fr.: 08.00 – 15.00 Uhr

DR. SCHNEIDER
UND KOLLEGEN