



Patient:

Name

Vorname

E-Mail

Telefon

Mobil

Zahnschema:

Rechts

18	17	16	15	14	13	12	11
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Links

21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Überweisender Arzt:

Name

Vorname

Telefon

Mobil

E-Mail

Implantologie (Gewünschte Behandlung)

- Vor der Implantation bitte ich um Kontaktaufnahme zur gemeinsamen Erörterung des Behandlungskonzeptes und der Zusammenarbeit.
- Implantation 3D Planung
- Augmentation und Implantation Sedierung gewünscht
- Augmentation

Anmerkungen:

DVT (Gewünschte Behandlung)

- DVT DVT, Auswertung und Konsultation
- Diagnose und Auswertung

Röntgen

- Patient bringt Röntgenbild mit. Röntgen wird per Mail geschickt. Röntgen erwünscht.

Mit kollegialen Grüßen,

Datum, Unterschrift