



Patient:

Name

Vorname

E-Mail

Telefon

Mobil

Zahnschema:

Rechts

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

Links

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

Überweisender Arzt:

Name

Vorname

Telefon

Mobil

E-Mail

Adhäsivprothetik (Gewünschte Behandlung)

Vor der Behandlung bitte ich um Kontaktaufnahme zur gemeinsamen Erörterung des Behandlungskonzeptes und der Zusammenarbeit.

Diagnose/Konsultation

Diagnose und Behandlung

Anmerkungen:

Röntgen

Patient bringt Röntgenbild mit.

Röntgen wird per Mail geschickt.

Röntgen erwünscht.

Mit kollegialen Grüßen,

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift