

Überweisungsformular Implantologie

PATIENTENINFORMATIONEN

Name

Geschlecht

weiblich

männlich

Vorname

Telefon Privat

Geburtsdatum

Telefon Geschäft

Strasse, Nr.

Telefon Mobile

PLZ, Ort

E-Mail

Patient bitte aufbieten

Patient meldet sich

ÜBERWEISUNG FÜR

Implantation

Primärer Sinuslift

Straumann ITI

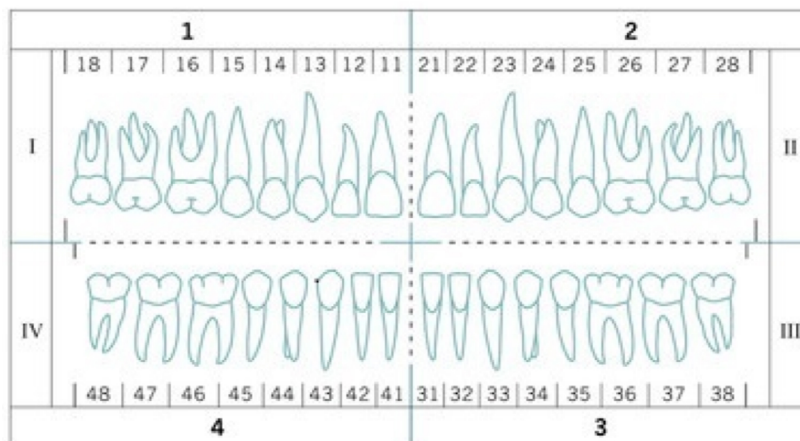
Soft Tissue

Periimplantitisbehandlung

Nobel Biocare

Bone Level

Andere _____



Beilage

aktuelle Anamnese

Röntgenbilder

Prothetische Planung

Medikamentenliste

Zeitplan der Rücküberweisung

nach Abutmentconnection

nach provisorischer Phase

nach Abschluss des ganzen Falls

Ort, Datum

Unterschrift