



ÜBERWEISUNG

Für Frau/Herrn _____ Datum _____

Entfernung der Zähne/Zahnwurzeln 18 28 38 48

Wurzelspitzenresektion Zahn _____ retrograde WF orthograde WF

Implantatberatung/Implantation regio _____

Camlog Straumann Astra XIVE _____

Abszessbehandlung regio _____

Vestibulumplastik regio _____

Freilegung von Zahn _____ Bracket befestigen

Probeexcision regio _____

Korrektur von Lippen-/Zungenbändchen (SMS) regio _____

Behandlung von Kiefergelenksbeschwerden _____

Parodontalbehandlung _____

Milchzahnsanierung _____

Sonstiges _____

Aktuelles Röntgenbild

nicht vorhanden

mitgegeben

per E-Mail

_____ Praxisstempel / Unterschrift _____