

Überweisung Implantologie

Patientenangaben

Name Vorname

Adresse PLZ/Ort

Telefon Privat/Mobile E-Mail

- Patient meldet sich
 Patient bitte aufbieten
 Patient hat Termin

Überweisung für

- Implantation
 Primärer Knochenaufbau mit autologem Knochen (Blocktransplantat)
 Primärer Sinuslift
 Periimplantitisbehandlung

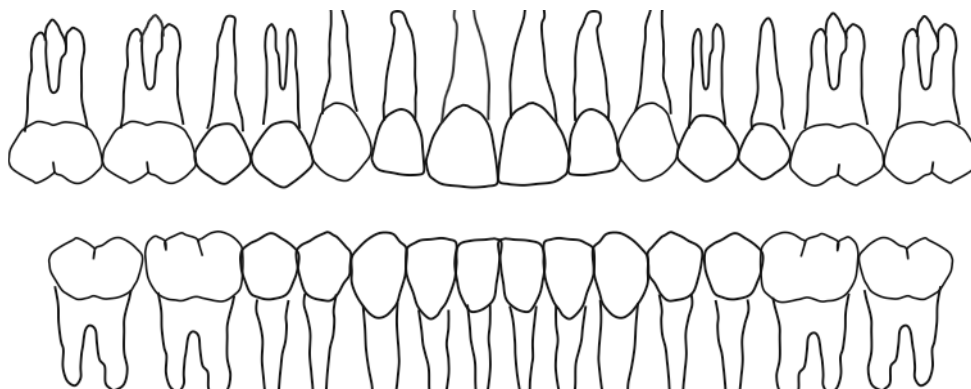
Gewünschtes Implantat



Straumann SP



Straumann Bonelevel Anderes



Suprastruktur

Röntgenbilder

- werden per Post gesandt bringt Patient mit

Rücküberweisung

- mit Healingabutment mit Provisorium

Besonderes

Datum/Unterschrift