

# Überweisung

unserer/s Patientin/en .....

geb. am .....

an

Praxis Dr. Daria Fornusek & Kollegen

Schleißheimer Str. 130

80797 München

Tel. 089 129 35 25

Fax 089 189 54 047

- Wir wünschen einen telefonischen Rückruf
- Röntgenaufnahmen werden vom Patienten mitgebracht
- Röntgenaufnahmen werden zugesandt

Ich bitte um Zusendung Ihres Befundes und Therapievorschlags nach Eingangsdagnostik sowie sofortige Rücküberweisung nach abgeschlossener Therapie.

V IV III II I 8 7 6 5 4 3 2 1	I II III IV V 1 2 3 4 5 6 7 8
V IV III II I 8 7 6 5 4 3 2 1	I II III IV V 1 2 3 4 5 6 7 8

- Zahntfernung
  - Wurzelspitzenresektion und retrograder Verschluss
  - Implantatberatung regio
  - Implantation regio .....
  - Knochenaugmentation regio
  - Sinusbodenaugmentation
  - Freilegung des Zahnes
  - Lachgas/Orale Sedierung
  - Vollnarkose
- gewünschtes System:
- Sky (Bredent)
  - Straumann

Datum

Praxisstempel