ÜBERWEISUNGSFORMULAR

PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

DR. ULRICH KERN M.SC.
Master of Science (DGP)
für Parodontologie und Implantattherapie

Dr. Ulrich Kern MSc.
Markt 15
96450 Coburg

Ich überweise Ihnen Herrn / Frau ..... ausschließlich zur Beratung

Untersuchung mit folgender Fragestellung .....

Ich überweise Ihnen Herrn / Frau ..... ausschließlich für folgende Therapie

[ ] Parodontitistherapie

[ ] Initialbehandlung ist bereits erfolgt am ..... [ ] Initialbehandlung ist noch nicht erfolgt

[ ] es wurde in den letzten 3 Monaten eine PZR durchgeführt

Kommentar .....

[ ] Regenerative Therapie Regio .....

[ ] Resektive Therapie Regio .....

[ ] Plastische Parodontalchirurgie (mikrochirurgisch) Regio .....

[ ] Rezessionsdeckung Regio .....

[ ] Kronenverlängerung Regio .....

[ ] Verbreiterung der keratinisierten Gingiva Regio .....

[ ] präprothetische Kieferkammaugmentation Regio.....

Kommentar .....

[ ] Periimplantitistherapie Regio.....

[ ] Eckzahnfreilegung Regio.....

Sonstiges .....

Röntgenunterlagen:

[ ] beiliegend [ ] dem Patient mitgegeben [ ] via e-mail [ ] keine vorhanden

Patient wünscht eine Beratung bezüglich: [ ] Analgosedierung [ ] Intubationsnarkose

Ich bitte um Zusendung Ihres Befundes und Therapievorschlags nach Eingangsdiagnostik sowie um sofortige Rücküberweisung nach abgeschlossener Beratung/Therapie.

....

Datum Unterschrift Praxisstempel