



# DVT ÜBERWEISUNG

Dr. Ghaussy & Partner

Überweisende Praxis: .....

Behandler: .....

Patient: ..... Geburtsdatum: ...../...../.....

Erbitte

- DVT .....
- DVT mit Scanprothese, Scanprothese vorhanden /nicht vorhanden
- DVT mit Magellanplanung

Bemerkungen: .....

.....

.....

OPG       DVT      vom ...../...../..... liegt vor

Ich bitte um Kontaktaufnahme vor der Implantation zur gemeinsamen Erörterung des Behandlungskonzepts

...../...../.....

Datum

.....

Unterschrift