



IMPLANTOLOGISCHE ÜBERWEISUNG

Dr. Ghaussy & Partner

Überweisende Praxis:

Behandler:

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

Erbitte

- implantologische Versorgung Regio
- anschließende Implantatfreilegung
- anschließende prothetische Versorgung

Bemerkungen:

.....

.....

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

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

...../...../.....
Datum

.....
Unterschrift