



### ÜBERWEISUNGSFORMULAR

Ich überweise Herrn/Frau ..... für folgende Therapie:

#### Parodontologie

- Parodontitistherapie
- Präprothetische Kronenverlängerung Zahn .....
- Regenerative parodontale Therapie
  - Socket Bone Preservation mit Entfernung Zahn .....
  - GTR – Guided Tissue Regeneration Regio .....
  - GBR – Guided Bone Regeneration Regio .....
- Plastische Parodontalchirurgie
  - Rezessionsdeckung Regio .....
  - Verbreiterung der fixierten Gingiva Regio .....
- Augmentative Therapie
  - Weichgewebeaugmentation Regio .....
  - Knochenaugmentation Regio .....
- Resektive Therapie
  - Wurzelamputation/Hemisektion Regio .....
- Sonstiges .....

#### Implantologie

- Sinus Lift  intern + Impla  extern Regio .....
- Implantat  + Augmentation, GBR s.o Regio .....

**Bitte zurück mit:**  Abdeckschraube  Gingivaformer (individuell)  Passendem Abformpfosten

Sonstige Mitteilung: .....

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

Mit kollegialen Grüßen

Praxisstempel

Datum ..... Unterschrift .....

**Bitte alle vorhandenen Röntgenbilder, die nicht älter als 2 Jahre sind – dem/r Patienten/in mitgeben, oder mailen!**