PERIOPLANT
EXCELLENCE

ÜBERWEISUNG

Mit der Bitte um

- ○ Beratung
- ○ Therapie

Anmerkungen

- ○ In den letzten drei Monaten ist eine Initialtherapie erfolgt.
- ○ Für die zu behandelnden Zähne ist ein Zahnersatz geplant.

Name des Patienten

Geburtsdatum des Patienten

Zahn / Zähne / Regio

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

PARODONTOLOGIE

- ○ regenerative PA-Chirurgie
- ○ resektive PA-Chirurgie
- ○ offene PA-Chirurgie
- ○ Chirurgische Kronenverlängerung
- ○ Rezessionsdeckung
- ○ Verbreiterung keratinisierte Gingiva
- ○ Periimplantitis Therapie
- ○ Furkationsfreilegung
- ○ Sonstiges:

IMPLANTOLOGIE

- ○ Vor der Implantation bitte ich um Kontaktaufnahme zur Erörterung des Behandlungskonzeptes und der Zusammenarbeit.
- ○ Die prothetische Versorgung werde ich selbst durchführen.
- ○ Die prothetische Versorgung soll auch von Ihnen durchgeführt werden.
- ○ Sonstiges:
- ○ Die Prophylaxebetreuung wird während der gesamten Behandlung in unserer Praxis durchgeführt.
- ○ Falls eine Prophylaxe notwendig ist, kann sie von Ihrer Praxis durchgeführt werden.
- ○ Anfertigung einer DVT Aufnahme.

Röntgenunterlagen

- ○ wurden angefertigt / werden zugesendet
- ○ per Post ○ per E-Mail ○ werden dem Patienten mitgegeben

Wir bedanken uns für das entgegengebrachte Vertrauen und die Zusendung der erforderlichen Unterlagen. Unser Ziel ist es, die optimale Behandlung Ihres Patienten sicherzustellen.

Praxisstempel

Perioplant Excellence
Zahnärztin Nasibeh S. Rad

Poststraße 17
53859 Niederkassel

T 0 22 08 - 91 17 33
F 0 22 08 - 91 01 38

praxis@perioplant-excellence.de
www.perioplant-excellence.de