



IMPLANTOLOGISCHE ÜBERWEISUNG

Überweiser

Telefonnummer: _____

Stempel des Überweisers: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Patient

Name: _____

Vorname: _____

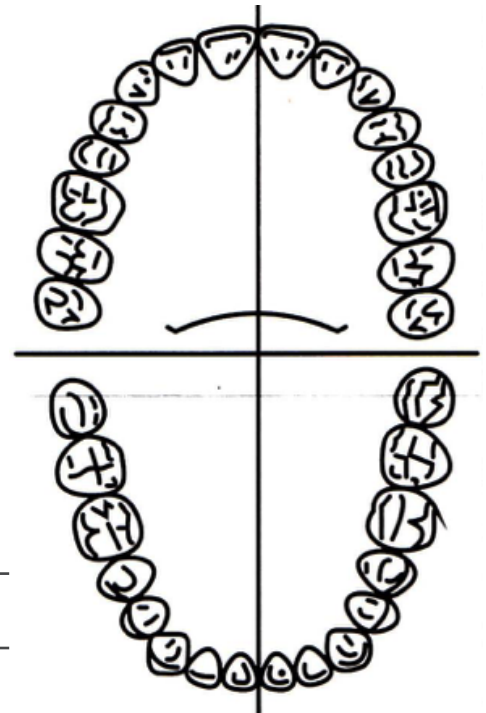
Geburtsdatum: _____

Sehr geehrter Kollege,

hiermit überweise ich Ihnen den o.g. Patienten zur Durchführung
folgender Behandlung:

- Augmentation
- implantologische Versorgung
- prothetische Versorgung
- Vor der Implantation bitte ich um Kontaktaufnahme zur gemeinsamen
Erörterung des Behandlungskonzeptes und der Zusammenarbeit.

Bemerkungen: _____



Nach Abschluss der chirurgischen Behandlung bitte ich um Rücküberweisung des Patienten sowie Rückgabe von
mitgegebenen Unterlagen.