



PatientInnendaten

Geschlecht: : männlich weiblich

Familienname: Vorname:

SV. Nr.: Geb. Datum: Krankenkasse:

Telefon:

Adresse [PLZ, Ort, Straße, Hausnummer/Stiege/Türnummer]

Durchführung folgender Therapie erbeten:

- Augmentation Regio:
- Implantation Regio:
- Freilegung (mit/ohne Bracket) eines
- ret. Zahnes Regio:
- KFO-Verankerungsschraube Regio:
- WSR ortho-/rethrograd Regio:
- Zahntransplantation Regio:
- Weisheitszahnentfernung/operative:
- Zahnentfernung/Extraktion Regio:
- Präprothetische Chirurgie Regio:
- Paro-Chirurgie/Weichteilchirurgie Regio:
- Begutachtung der Mundschleimhaut Regio:
- Begutachtung/chirurgische Beratung
- wegen:

Wir würden Sie bitten, Folgendes Ihrem Patienten mitzugeben:

- Eventuell bereits vorliegenden (prothetischen, kieferorthopädischen) Behandlungsplan
- Röntgenbilder/ DVT / CT
- Relevante allgemeinmedizinische Befunde und Medikamentenlisten

Terminvereinbarungen telefonisch unter 0316 / 685385 oder per email: office@zahnarzt-geidorf.at
Sehr gerne, können Sie das bereits ausgefüllte Formular eingescannt auch vorab per E-Mail an office@zahnarzt-geidorf.at senden.
Vielen Dank für Ihre Zuweisung!