



PatientInnendaten

Geschlecht: männlich weiblich

Familienname: Vorname:

SV. Nr.: Geb. Datum: Krankenkasse:

Telefon:

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

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

für meine/meinen Patientin/Patienten ersuche ich Sie um **parodontologische Beratung** und/oder **Therapie**:

Bereits stattgefundenene Behandlungsschritte:

<input type="checkbox"/> Keine				
<input type="checkbox"/> Supragingivale Reinigung	zuletzt am:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Subgingivale Reinigung	zuletzt am:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Antibiotische Behandlung	wann:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> mit: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>				

Folgende weiterführende Therapien sind in Planung:

Endodontie
 KFO
 Oralchirurgie
 Funktionstherapie
 Prothetisch-Restaurativ
 Konservierend
 Implantation

Ergänzende Anmerkungen für weitere Therapieschritte:

Folgende Befunde (mit Datum) werden mitgegeben:

OPG
 Kleinbilder
 Behandlungsplan
 erhobene parodontale Befunde

Ich bitte Sie um:

- Erstellung einer Diagnose
- Erstellung eines Behandlungsplans
- Durchführung sämtlicher parodontologischer Therapiemaßnahmen
- Mundhygiene/Recall-Termine in Ihrer Praxis meiner Praxis
- Durchführung parodontal-chirurgischer Behandlungsschritte
(resektive/regenerative Chirurgie, Weichgewebeschirurgie, etc)
- Therapieempfehlung für Zahn
- Mikrobiologische Diagnostik

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!

Ort, Datum

Ordinationsstempel & Unterschrift