



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