

ÜBERWEISUNG

NAME DER PATIENTIN / DES PATIENTEN

geb.: _____



**SCHUMANN
& ROLFSSEN**
ORALCHIRURGINNEN

operative Entfernung von _____

Wurzelspitzenresektion an _____

Wurzelfüllung orthograd

Wurzelfüllung retrograd

Implantatberatung regio _____

Gewünschtes Implantatsystem _____

Parodontalchirurgie _____

Zahnfreilegung von _____

mit Braket kleben

DVT _____

Beurteilung unklarer Mundschleimhautveränderung regio _____

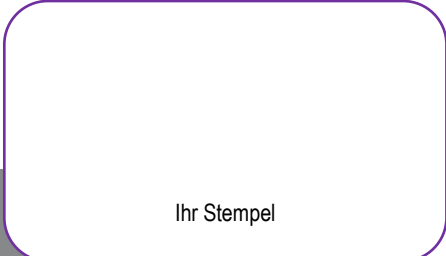
Sonstiges _____

Risikopatient? _____

Röntgenbild anbei Röntgenbild kommt per Mail

OPG

Zahnfilm



Ihr Stempel

