

## Überweisung

### ÜBERWEISENDE PRAXIS ODER STEMPEL

Zahnarzt/-ärztin	.....	Telefon	.....
Praxis	.....	E-Mail	.....
Adresse	.....		
Aktuelle Röntgenbilder oder DVT	vorhanden	nicht vorhanden	
<i>Falls vorhanden, bitte uns zukommen lassen!</i>			

### PATIENT/-IN

Name	.....	Telefon	.....
Vorname	.....	E-Mail	.....
Geburtsdatum	.....		
Adresse	.....		

Behandlung des Zahnes / der Zähne / des Bereiches .....

### Gewünschte Therapie/Untersuchung

Implantologie  
Aufbau von Knochen und Weichgewebe  
Parodontologie und Dentalhygiene  
Rekonstruktive Zahnmedizin  
Ästhetische und kosmetische Zahnmedizin  
Vollkeramische Zahnversorgungen

DVT – 3D Aufnahme

### Beschreibung der gewünschten Therapie/Untersuchung

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Wir bedanken uns herzlich für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Sobald die Behandlung abgeschlossen ist, werden Sie von uns ein Rücküberweisungsschreiben erhalten.*