

ÜBERWEISUNGSTRÄGER

Name Patient/in

.....

Überweisung zur Durchführung folgender Leistung/-en:

☐ Implantologie

☐ Augmentation (Knochenaufbau)

☐ Zahnentfernung

☐ DVT Aufnahme

☐ Endodontie (Wurzelkanalbehandlung)

☐ Wurzelspitzenresektion (mikrochirurgisch)

☐ Revision

☐ Sonstiges: