



Überweisung zur implantologischen Behandlung

Angaben zur überweisenden Praxis

Praxisname _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon / Mobil _____ E-Mail _____

Angaben zum Patienten

Name/Vorname _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon / Mobil _____ E-Mail _____

Zahnschema

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte um Rücksprache vor Behandlungsbeginn ☐ Ja ☐ Nein

Hiermit überweise ich den oben genannten Patienten an Sie. Bitte übernehmen Sie die folgenden Leistungen:

Implantate _____ Anzahl _____

Regio _____ Implantat-Typ _____

Feste Zähne an einem Tag ☐ OK ☐ UK

Knochenaufbau _____ Regio _____

☐ Nur DVT ☐ DVT mit Auswertung ☐ Schablone liegt bei ☐ Schablone liegt nicht bei

Röntgenbilder ☐ geben wir dem Patienten mit ☐ schicken wir Ihnen zu ☐ mailen wir Ihnen zu ☐ sollen erstellt werden

OPG ☐ geben wir dem Patienten mit ☐ schicken wir Ihnen zu ☐ mailen wir Ihnen zu ☐ soll erstellt werden

Modelle ☐ UK beiliegend ☐ UK zu erstellen ☐ OK beiliegend ☐ OK zu erstellen

Die zahntechnische Versorgung erfolgt ☐ durch die Praxis Implantologie am Postplatz ☐ durch uns

Nach Abschluss der Behandlung erfolgt eine Rücküberweisung an Ihre Praxis inkl. Rückgabe der von Ihnen erhaltenen, sowie neu-
erstellten Unterlagen. Sie erhalten außerdem einen Arztbrief zur Behandlung. Die Patienten werden informiert, dass alle weiteren
Versorgungen ausschließlich bei Ihnen erfolgen.