

# Überweisungsformular

## Überweisender Zahnarzt

Name  Vorname

Strasse  PLZ | Ort

Telefon  e-mail

Datum

## Patientendaten

Name  Vorname

Strasse  PLZ | Ort

Telefon  e-mai

## Implantation

### Oberkiefer

- Einzelzahnücke
- Schaltücke (>2)
- Freierend
- Zahnlos

### Unterkiefer

- Einzelzahnücke
- Schaltücke
- Freierend
- Zahnlos

### Gewünschte Therapie

- Implantatchirurgie
- parodontale Vorbehandlung
- Prothetik in der Privatpraxis
- Prothetik **arcadens**

## Oralchirurgie

### Durchzuführender Eingriff

- Osteotomie / 8er / Regio
- Osteotomie andere Zähne oder gutartiger Hartgewebstumor
- WSR / Anschlingung
- Anderes

Notfall  JA  NEIN

## Stomatologie

### Oberkiefer

- Vest. Schleimhaut
- Keratinisierte Schleimhaut
- Labiale Mukosa
- Harter Gaumen
- Weicher Gaumen

### Unterkiefer

- Vest. Schleimhaut
- Keratinisierte Schleimhaut
- Labiale Mukosa
- Zungenrücken
- Zungenränder
- Zungenunterseite
- Zungengrund
- Mundboden

### Spezielle Lokalisation

- Bukkale Mukosa
- Kommissurenregion
- Tonsillen / Gaumenbögen

## Bemerkungen

---



---

Ort / Datum  Unterschrift: