

Implantologische Überweisung

Überweiser

Stempel/ Telefonnummer:

Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

hiermit überweise ich Ihnen den o.g. Patienten zur implantologischen Versorgung

im Bereich _____

Behandlung

- Vor der Implantation bitte ich um Kontaktaufnahme zur gemeinsamen Erörterung des Behandlungskonzeptes und der Zusammenarbeit.
- Die prothetische Versorgung werde ich selbst durchführen.
- Die prothetische Versorgung soll auch von Ihnen durchgeführt werden.
- Die Prophylaxebetreuung wird während der gesamten Behandlung in unserer Praxis durchgeführt.
- Falls eine Prophylaxe notwendig ist, kann sie von Ihrer Praxis durchgeführt werden.

Bemerkungen:

Mit kollegialen Grüßen

Datum/ Unterschrift: