



Überweisungsrapport

ZAHNARZT KERZERS
Dres.med.dent. Eidg.dipl.Zahnärzte SSO
A. IVANOVIC & P. STAUB

Überweisungsrapport für

- Dr. med. dent. Aleksandar Ivanovic Spezialist Parodontologie / Implantologie
- Dr. med. dent. Petra Staub - Ivanovic

Überweisung durch

Praxis: _____
Adresse: _____

Patientenangaben

Name/Vorname: _____ **Telefon privat:** _____
Strasse: _____ **Telefon Büro:** _____
PLZ Ort: _____ **Mobile:** _____
Geburtsdatum: _____ **E-Mail:** _____

Zuweisung für

- Abklärung/Behandlung: _____
 - Parodontologie
 - Periimplantitis
 - Chirurgie
 - Rezessionsdeckung (Schleimhautkorrektur)
 - Implantat
 - regio: _____
 - Weisheitszahn
 - Sonstiges
 - DVT / OPT Aufnahme regio: _____
 - Andere Gründe: _____
- Prothetische Versorgung: ja nein

Patient ist informiert und meldet sich selber
Patient bitte aufbieten

Beilagen: Röntgenaufnahmen _____

Bericht erwünscht über bevorstehende Therapie
Bitte um telefonische Rückmeldung Tel. Nr. _____
Nur Schlussbericht zustellen