



Überweisung Implantologie

Zahnarztpraxis Eppendorfer Baum
Dr. Mohr und Kollegen
Eppendorfer Baum 35-37
20249 Hamburg
T: 040 / 480 18 10
F: 040 / 480 18 29
info@zahnarztpraxis-eppendorferbaum.de

Überweisende/r ZÄ/ZA:

Praxisstempel & Unterschrift

Datum: _____

Patientenangaben:

Name:	Vorname:	Geb:
Adresse:		
T:	Mobil:	

Regio: _____

Überweisung zur:

- Ridge- / Socketpreservation
 - Implantatberatung
 - Augmentation
 - Implantation
 - Freilegung
 - Weichgewebemanagment
 - Prothetische Versorgung
 - Sonstiges: _____
- Camlog
 - Astra Tech
 - Bego
 - Keramikimplantat

Bemerkungen:

- Anlagen:**
- Röntgenbild/er
 - Modelle
 - _____

Wir bedanken uns herzlich für das entgegengebrachte Vertrauen und verbleiben mit freundlichen Grüßen.

Ihr Team der Zahnarztpraxis Eppendorfer Baum