

Überweisung

Überweisende Zahnarztpraxis

Praxisname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Datum _____ Unterschrift _____ Praxisstempel _____

Daten des Patienten

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____ Krankenkasse _____

Überweisung mit der Bitte um:

Kieferorthopädie

- Kieferorthopädische Beratung
- Invisalign® - Therapie
- Präprothetische Kieferorthopädie
- Präimplantologische Kieferorthopädie

Röntgendiagnostik

- OPTG
- DVT

Implantologie

- Implantation regio
- Augmentation regio

Hypnose

- Erwachsenenhypnose
- Kinderhypnose
- Verhaltensänderung

Kiefergelenk

- Diagnostik
- Therapie

Sonstiges _____
