

ÜBERWEISUNGSFORMULAR

Patient/-in:

Bitte alle relevanten Röntgenbilder der letzten 2 Jahre mitgeben

Überweisung mit der Bitte um:

vorherige telefonische Rücksprache telefonische Rücksprache nach Erstvorstellung

Implantatberatung Implantation regio: _____
Für geplante prothetische Versorgung: _____
 Periimplantitisbehandlung regio: _____
 Entfernung Zahn: _____
 Mikroskopische Wurzelspitzenresektion Zahn: _____
 Freilegung Zahn: ohne Bracket mit Bracket (Bracket bitte Patient mitgeben)
 Parodontitistherapie
 Mikroskopische Wurzelkanalbehandlung Zahn: _____

digitale Volumentomographie (DVT)
Regio: _____
zur Abklärung von: _____
 Ich möchte die Auswertung selbst vornehmen

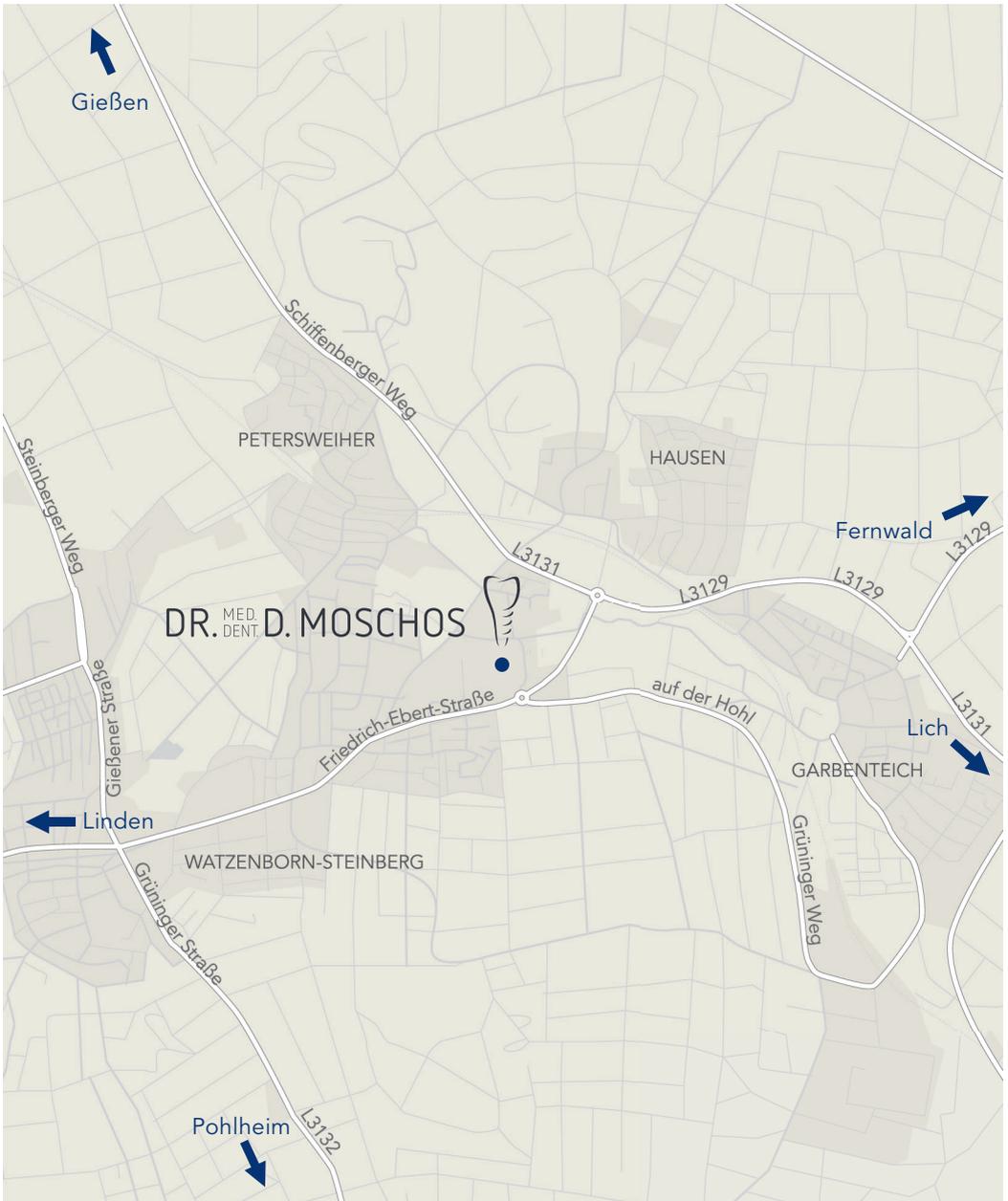
Sonstiges: _____
Bemerkungen: _____

Wir bedanken uns herzlich für das entgegengebrachte Vertrauen und versichern alles zu tun, um eine optimale Behandlung Ihres Patienten sicherzustellen.

Dr. med. dent. Dimos Moschos

Datum / Unterschrift / Praxisstempel

Bitte lassen Sie uns folgende Praxisunterlagen zukommen: Überweisungsformulare Praxisflyer Visitenkarten



ÖFFNUNGSZEITEN:

Mo, Mi, Do: 08.00 – 17.00 Uhr | Di, Fr: 08.00 – 13.00 Uhr | sowie Termine nach Vereinbarung

📍 Neue Mitte 12 | 35415 Pohlheim 📞 06403 - 979 14 56 📠 06403 - 979 14 57

✉️ praxis@dr-moschos.de 🌐 www.dr-moschos.de