



PRAXIS DR. SCHWAN
 MODERNE ZAHNHEILKUNDE UND IMPLANTOLOGIE

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,
 vielen Dank für die Überweisung und das uns entgegengebrachte Vertrauen. Um Missverständnisse und langwierige Rückfragen zu vermeiden, bitten wir Sie höflich, das unten stehende Formular auszufüllen.

Patientenangaben:		Praxisstempel:	
Name, Vorname des Patienten	Geburtsdatum:	Datum, Zahnarzt, Unterschrift	
Strasse/Haus-Nr.	PLZ/Wohnort		
Tel.:	E-Mail:		

Arztbrief im Anschluss an die Therapie gewünscht: Ja Nein

Fragestellung:

.....

.....

Operative Entfernung folgender Zähne:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Apicale Sanierung / WSR / Zystektomie an:

Implantologie:

Angstpatient:

Implantatversorgung regio:

Vollnarkose / ITN

Prothetische Planung:

Analgosedierung

Augmentation regio: