



Überweisung zu einer parodontologischen Behandlung

Dr. Klaus Peter Schmidt
Koomansstraße 2
57078 Siegen

Adresse der Überweiserpraxis:

Tel.:
Fax:
Email:

Patientendaten:

Name: _____ Tel. privat _____
Vorname: _____ Tel. geschäftl. _____
Geb.datum _____ Tel. mobil _____
Straße, Nr. _____ Fax: _____
PLZ, Ort _____ email _____

Krankenversicherung gesetzlich privat privat mit Standard-/Basistarif Beihilfe
Name der Versicherung _____

Überweisungsauftrag PAR:

- Prophylaxe/Vorbereitende PAR-Therapie und parodontale Erhaltungstherapie
- antiinfektiöse Parodontitistherapie
- operative Taschenelimination an den Zähnen _____
- regenerative Parodontalchirurgie an den Zähnen _____
- Wiederherstellung der befestigten Gingiva, Vestibulumplastik bei _____
- Rezessionsdeckung(en) an den Zähnen _____
- ästhetische Kronenverlängerung bei _____
- weichgewebiger präprothetischer Kieferkammaufbau bei _____
- präprothetische chirurgische Kronenverlängerung bei _____
- Wurzelamputation Prämolarisierung bei _____
- überweiserseitige Wünsche/Bemerkungen _____

- Wir bitten um Rücksprache nach einer Erstuntersuchung
- Nehmen Sie mit dem Patienten Kontakt auf zur Terminvergabe
- Patient wird sich zur Terminvergabe bei Ihnen melden

Anlagen: Röntgen PAR-Status vom _____ mikrobiolog. Befunde