

**Patientenangaben**

Name				Vorname				Geburtsdatum							
Telefon								eMail							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gewünschte Behandlung**

- Extraktion / Osteotomie
- Zahtrauma
- Wurzelspitzenresektion
- Beurteilung Schleimhautveränderung
- Parodontal-Operationen
- Hautveränderungen / Exzisionen
- Präprothetische Weichgewebechirurgie
- Lasertherapie
- odontogene Infektion
- Chirurgische Versorgung in
- ITN oder
- Sedierung
- Implantatberatung / -insertion
- vor der Implantation bitte ich um Kontaktaufnahme zur gemeinsamen Erörterung des Behandlungskonzeptes und der Zusammenarbeit
- 3D-Planung

**Anmerkungen / Sonstiges**

---



---



---

**Röntgen**

- Patient bringt Röntgenbild mit
- Röntgenaufnahmen werden per mail geschickt
- Röntgen erwünscht

Mit kollegialen Grüßen,

---

Datum	Unterschrift	Stempel
-------	--------------	---------