

Überweisungsformular



Name _____

Modernste Zahnmedizin
für Ihr schönstes Lächeln.

Geburtsdatum _____

Parodontitis

Bisherige Behandlungen: _____

- Früherkennungsdiagnostik/ **Beratung**
- Abklärung **Erhaltungsfähigkeit** der Zähne: _____
- antiseptische** Parodontitistherapie
- regenerative** Parodontitistherapie
- Präventionstherapie**

CMD

Bisherige Behandlungen: _____

- Diagnostik**, ggf. fachärztliche oder therapeutische Konsile
- Initialtherapie** mittels speziell konstruierter Okklusionsschienen und/oder relaxierender Aufbissbehelfe
- Übertragung und Sicherung der Schienenokklusion mit **Langzeitprovisorien** (Zeitintervall ca. 6 Monate)
- Stabilisierungstherapie** mit prothetisch- restaurativen Maßnahmen

Röntgenbilder

- werden dem Patienten mitgegeben
- werden per E-Mail an info@zahnarztpraxis-kulka.de gesendet
- liegen nicht vor

- Ich bitte um telefonische Rücksprache nach Befundung.

Sonstiges

Stempel, Unterschrift

Datum