



# Praxisklinik für Zahnmedizin

Dr. Emmerich<sup>2</sup> und Kollegen

Parkstraße 25  
(direkt am Kuppelnau-Parkplatz)  
88212 Ravensburg  
Fon: 0751 359097-0  
Fax: 0751 359097-99  
E-Mail: info@emmerich-emmerich.de

## ÜBERWEISUNGSFORMULAR zum Faxen, Mitgeben, Versenden

Bitte ggf. relevante Röntgenbilder mitgeben.

### Patient:

Name, Vorname, Geb.datum: \_\_\_\_\_

Tel. privat / geschäftlich / mobil: \_\_\_\_\_

Adresse (Strasse, Nr., PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

Bitte führen Sie ausschließlich folgende Behandlung(en) durch:

**Oralchirurgische Behandlung regio:** \_\_\_\_\_

- (Weisheits-) Zahnentfernung
- (mikrochirurgische) Wurzelspitzenresektion
- KFO-Zahnfreilegung
- Ästhetisches Bindegewebe-Transplantat (für Brückenversorgung)

**Parodontal(chirurgisch)e Behandlung regio:** \_\_\_\_\_

- PA-Therapie nach Ihrem Ermessen
- PA-Chirurgie (O Kronenverlängerung, Geführte parodontale Regeneration (GTR)
- Rezessionsdeckung
- Bindegewebestransplantat im Bereich der Zahnücke

**Implantatchirurgische Behandlung regio:** \_\_\_\_\_ (Implantatsystem: \_\_\_\_\_)

- Implantatberatung, Implantation, Augmentation
- Periimplantitis-Therapie
- Weichgewebsmanagement bei Ästhetik-/ Hygiene-Defizit
- Feste Zähne auf 4 bis 6 Implantaten (O Bitte Rücksprache wegen prothetischer Versorgung.)

**Endodontische Behandlung regio:** \_\_\_\_\_

- nach Zahntrauma
- (mikroskop-unterstützte) Behandlung (orthograd)
- (mikroskop-unterstützte) Revision (orthograd)

**Notfall-Behandlung bei Zahntrauma regio:** \_\_\_\_\_

**Andere Behandlung/ anamnestische Angaben/ Bemerkungen:**

---

---

---

**O Bitte um vorherige telefonische Rücksprache**

Mit kollegialen Grüßen,

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Praxisstempel mit Telefon