

**Angaben zur Praxis (Ausfüllen)**

Praxisname ..... Strasse, Nr. ....  
 Ueberweiser / Ueberweiserin ..... PLZ, Ort .....  
 Tel. Nr. + ..... Emailadresse verschlüsselt .....

**Ueberweisungspatientin / -Patient**

Name, Vorname ..... Strasse, Nr. ....  
 Geburtsdatum ..... PLZ, Ort .....  
 Tel. Nr. + ..... E-Mail .....  
 Patient/-in aufbieten ..... Patient/-in: meldet sich für Terminvereinbarung .....  
 Dringlichkeit ..... Notfallpatient/-in .....  
 Bemerkungen ..... Spezifische Anliegen .....  
 Telefonische Rücksprache .....

**Zahnbezeichnung**

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
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

**Diagnostik / Therapien**

Befund / 2. Meinung ..... OPT .....  
 Parodontale Befundung / Abklärung ..... DVT .....  
 Zahnentfernung ..... Herdabklärung / Focussuche .....  
 Abszessbehandlungen ..... Weisheitszahnentfernung .....  
 Wurzelspitzenresektion: WSR ..... Mundschleimhautabklärung / Therapie .....  
 Zahnanschlingungen ..... Zystentherapie .....

**Parodontologie**

nicht chir. Par-Therapie ..... Voraussetzung für eine chir. Par. Therapie/ Invention

**Implantattherapie / Versorgung**

Implantatabklärung .....  
 Implantattyp (Titan): ..... 3i Biomet Zimmer .....  
 Prothetische Implantatversorgung .....  
 Ja ..... Nein .....  
 Abnehmbare prothetische Versorgung .....  
 Ja ..... Nein ..... Falls Ja: ..... Locatoren ..... Stegversorgung .....

**Knochenaugmentationen**

GBR / GTR ..... Sinuslift: Ja ..... Nein ..... Rücksprache .....  
 Parochir. Regenerative Therapie .....

Beilagen: per mail: Infomuellerzahnarzt@sso-hin.ch  
 Keine Unterlagen  
 Besonderes: Bitte Einzelzahnrontgen beilegen

Ort, Datum, Unterschrift