

# Ihre Überweisung



**Zahnheilkunde**  
Dr. Lars Steinebrunner  
und Kollegen

## Patient:

Name, Vorname, Geb.datum:

Tel. privat / geschäftlich / mobil:

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

## Wir bitten um die Ausführung ausschließlich der nachfolgenden Behandlung(en):

Endodontische Behandlung

(mikroskop unterstützt, orthograd) regio:

Wurzelkanalbehandlung

Wurzelfüllungsrevision

Endodontische Behandlung nach Frontzahntrauma

Implantatchirurgische Behandlung regio:

Implantatberatung, Implantation

„All on Four“ - Behandlungen

Parodontal (chirurgische) Behandlung regio:

PA-Therapie nach Ihrem Ermessen

PA-Chirurgie

Geführte parodontale Regeneration (GTR)

Bindegewebstransplantat im Bereich einer Zahnlücke

Andere Behandlung/ anamnestische Angaben/ Bemerkungen:

Röntgenbilder vorhanden, werden zur Verfügung gestellt (analog, per Mail oder Datenträger).

Keine Röntgenbilder vorhanden.

Bitte um vorherige telefonische Rücksprache.

Mit kollegialen Grüßen,

Datum, Unterschrift

Stempel einfügen