



1 ZUWEISENDE ÄRZTIN / ZUWEISENDER ARZT

Name / Praxis	Fachrichtung
Adresse	Ordination PLZ / Ort
Telefon	Fax
	E-Mail (optional)

2 PATIENT:IN

Name, Vorname	Geburtsdatum
Telefon Patient:in	SVNr. (optional)
	E-Mail Patient:in (optional)

3 GEWÜNSCHTE LEISTUNG (MEHRFACHAUSWAHL MÖGLICH)

☐ Implantat (Einzel)	☐
☐ Knochenaufbau / Sinuslift	☐
☐ Parodontal- / Periimplantitistherapie	☐
☐ Korrektur Fehlbiss / Dysgnathie	☐
☐ Zweitmeinung / Beratung	☐

4 DRINGLICHKEIT

☐ Elektiv (innerhalb 4–8 Wochen)	☐ Zeitnah (innerhalb 1–2 Wochen)	☐ Dringend (so rasch wie möglich)
---	---	--

5 VORHANDENE UNTERLAGEN / BEFUNDE

☐ OPG vorhanden	☐
☐ Befundbericht liegt bei	☐

6 KLINISCHE ANMERKUNGEN / BESONDERHEITEN

Bitte gesondert vermerken:

Antikoagulation · Bisphosphonate · bekannte Allergien · Herzschrittmacher · Schwangerschaft

Rücküberweisungsschutz:

Die prothetische Weiterbehandlung verbleibt bei der zuweisenden Praxis. Ausnahmen nur auf ausdrücklichen Patientenwunsch.

Datum	Stempel & Unterschrift zuweisende Praxis
-------	--