

Zahnärztliche Praxis | Patrick Busch
Rothenbaumchaussee 119
20149 Hamburg

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

wenn Sie möchten, füllen Sie das Überweisungsformular aus, dadurch bekommen wir gemeinsam eine gute Arbeitsgrundlage.

ÜBERWEISENDER ARZT*

Anschrift* _____

Ort* _____

PLZ* _____

Telefon _____

Fax _____

Mobilnummer _____

E-Mail _____

PATIENT

Name* _____

Vorname* _____

geb. _____

Anschrift* _____

Ort* _____

PLZ* _____

Telefon _____

Krankenkasse _____

Privatversichert _____

Bitte füllen Sie hier die Behandlungsart ein, die Ihr Patient benötigt:

ENDODONTISCHE THERAPIE:

Akute Schmerzbehandlung

Langzeitschmerzenbehandlung

Ostitische Beschwerden

ZAHN/REGIO

an _____

an _____

an _____

Mein Lachen

Zahnärztliche Praxis Patrick Busch

Mikroskopische Parodontologie · Implantologie · Endodontie
Ästhetische Zahnmedizin



AUSSCHLIESSLICH MIKROSKOPISCHE BEHANDLUNGEN

mikroskopische Wurzelbehandlung

ZAHN/REGIO

an _____

Via Falsa Verschluß

an _____

Mikrochirurgische Wurzelspitzenresektion

an _____

mikroskopische Entfernung von alten Wurzelfüllungen

an _____

Entfernung von frakturierten Instrumenten

an _____

PARADONTOLOGISCHE THERAPIE:

ZAHN/REGIO

Geschlossene Kürettage

an _____

Offene Kürettage

an _____

Ästhetische/Kronenverlängerung

an _____

Wurzelamputation, Praemolarisierung

an _____

Knochenaufbau

an _____

Lappenoperation

an _____

Ästhetische/Rezessionsdeckung

an _____

Wiederherstellen der keratinisierten Gingiva

an _____

Lateraler Verschiebelappen

an _____

Koronaler Verschiebelappen

an _____

Vestibulumplastik

an _____

Prothetische/ ästhetische Kronenverlängerung

an _____

Ästhetische Weichgewebeseonstruktion

an _____

Plastische Deckung

an _____

Lippenbandkürzung

an _____

IMPLANTOLOGISCHE THERAPIE:

ZAHN/REGIO

Kochenaufbau

an _____

Kieferkammaufbau

an _____

Serienimplantation

an _____

Einzelzahnimplantation

an _____

Sofortimplantation

an _____

Präimplantologische Extraktion

an _____

Präimplantologische Kieferkammrekonstruktion

an _____

Prothesenfixierung

an _____

Welches Implantatsystem verwenden Sie

an _____

BEMERKUNGEN/ZUSÄTZLICHE INFORMATION:

Untersuchungsergebnisse _____

Röntgenbilder _____

Modelle _____