

Überweisender Zahnarzt

Name/Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-mail:

Praxis für Zahnmedizin
Dres. med. dent. Mario + Renzo Bassetti
Baslerstrasse 30
4600 Olten
Tel.: 062 212 15 25

Patient

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-mail:

Überweisungsformular Implantologie		
Indikation Oberkiefer: <input type="checkbox"/> Einzelzahnücke <input type="checkbox"/> Schaltücke <input type="checkbox"/> Freundsituation <input type="checkbox"/> zahnlos	Indikation Unterkiefer: <input type="checkbox"/> Einzelzahnücke <input type="checkbox"/> Schaltücke <input type="checkbox"/> Freundsituation <input type="checkbox"/> zahnlos	Parodontalzustand: <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> saniert (ehemals Parodontitis) <input type="checkbox"/> chronische Parodontitis <input type="checkbox"/> akute Parodontitis
Gewünschtes Implantatsystem: <input type="checkbox"/> Straumann <input type="checkbox"/> Thommen Medical		Typ der Implantatprothetik: <input type="checkbox"/> Einzelimplantat <input type="checkbox"/> Implantatbrücke <input type="checkbox"/> Unterstützungsimplantat <input type="checkbox"/> abnehmbare Implantatprothese
Bemerkungen: 		
Beilage(n):		

Ort/Datum:

Unterschrift: