DR. VON RAKOWSKI

ENDODONTIE | ZAHNERSATZ | IMPLANTATE

Dr. Sabrina von Rakowski
Hinterbärenbadstraße 65 · 81373 München
Tel. 089 7608 623 · Fax 089 7695 443
info@dr-von-rakowski.de

Überweisungsformular Implantologie

Für überweisende Zahnärzt:innen · klarer Behandlungsauftrag · verlässliche Rücküberweisung

01 Überweisende Praxis

Praxis / Zahnärzt:in

Telefon

E-Mail

Ansprechpartner:in

02 Patient:in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon (optional)

03 Implantologischer Behandlungsauftrag

Region / Zahnnummer

☐ Diagnostik / Zweitmeinung ☐ Diagnostik + Therapie

☐ Implantologische Diagnostik / Planung

☐ Chirurgische Implantation

☐ Sofortimplantation

☐ Knochenaufbau / Augmentation

☐ Interner / externer Sinuslift

☐ Komplexe implantologische Ausgangssituation

Konkrete Fragestellung / gewünschter Behandlungsauftrag

04 Prothetisches Konzept und Unterlagen

☐ Prothetische Versorgung durch überweisende Praxis

☐ Prothetische Versorgung nach gemeinsamer Abstimmung

Geplantes Versorgungskonzept / besondere prothetische Anforderungen

☐ Röntgenaufnahme(n) beigefügt ☐ DVT / 3D-Bildgebung beigefügt ☐ keine Aufnahme beigefügt

Relevante Vorbefunde / Vorbehandlungen / medizinische Besonderheiten / Risikofaktoren

05 Abstimmung und Rücküberweisung

☐ Bitte Rücksprache vor Beginn einer Therapie

☐ Therapie im Rahmen des Auftrags ohne vorherige Rücksprache möglich

Rücküberweisung: Nach Abschluss des vereinbarten implantologischen Behandlungsauftrags erfolgt die Rücküberweisung in Ihre Praxis.

Sie erhalten die für die weitere Versorgung relevanten Befunde und Behandlungsinformationen.

Ort / Datum

Unterschrift / Praxisstempel