

Überweisender Zahnarzt

Name/Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-mail _____

Patient

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-mail _____

b
**UNIVERSITÄT
BERN****zmk bern**Zahnmedizinische Kliniken
der Universität BernKlinik für Oralchirurgie und
StomatologieAbteilung für Oral Diagnostic
Sciences

Überweisungsformular Implantatsprechstunde		
Indikation Oberkiefer: Einzelzahnlücke Schaltlücke Freiendsituation zahnlos	Indikation Unterkiefer: Einzelzahnlücke Schaltlücke Freiendsituation zahnlos	Parodontalzustand: gesund, saniert chronische Parodontitis akute Parodontitis
Gewünschte Therapie: Implantatchirurgie Implantatprothetik in der Privatpraxis Implantatprothetik bitte an den zmk bern parodontale Vorbehandlung bitte an den zmk bern		Gewünschtes Implantatsystem: Straumann Nobel Biocare Thommen SIC Zeramex
Durchführung der Therapie durch: Assistent in Weiterbildung Oberarzt Klinikdirektorin/Stellvertreter		
Bemerkungen:		
Beilage(n):		

Ort/Datum _____

Unterschrift _____