

# Überweisung für



BACK & BLUME

Dr. med.dent.

**Michael Back**, Msc. Msc.

Master of Science in Parodontologie & Implantattherapie  
Tätigkeits-Schwerpunkt Implantologie  
Tätigkeits-Schwerpunkt Parodontologie

Dr. med. dent.

**Daniela Klein-Kronbeck**

Fachzahnärztin für Oralchirurgie

Dr. (MU Budapest) Dr./Med. Univ. Budapest

Dr. med. dent.

**Oliver Blume**, Msc.

Arzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Plastische Operationen  
Master of Science – Implantology Tätigkeitsschwerpunkt  
Implantologie

Zahnärztin

**Kim Martin**

Ausbildung zur Oralchirurgin

## Patient/-in

Vorname

Nachname

### zur Vornahme folgender Leistungen:

Anfertigung DVT → OK/UK OK UK

Anfertigung OPG

DVT-Daten auf CD

Mitgabe an Patienten auf CD

DVT in Endo-Auflösung, regio: \_\_\_\_\_

Übermittlung per E-Mail

Implantatberatung regio \_\_\_\_\_

Parodontal-chirurgische Behandlung regio \_\_\_\_\_ Periimplantitis regio \_\_\_\_\_

Op. Entfernung Zahn/Zähne, ggf. Zy \_\_\_\_\_

WSR Zahn/Zähne, ggf. Zy \_\_\_\_\_ retrograde WF

Abklärung Schleimhautveränderung regio \_\_\_\_\_

Abklärung unklarer Befund regio \_\_\_\_\_

Präprothetische Maßnahme regio \_\_\_\_\_ Art \_\_\_\_\_

Beratung ästhetische Korrektur \_\_\_\_\_

Abklärung von Herdgeschehen regio \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Anlagen: Bitte um Angabe des Erstellungsdatums der Aufnahme

Rö-Einzelaufnahmen OPG

Modelle FRS

Datenträger (CD-ROM) Fotos

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Datum** \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift