

Formular zur Überweisung an Parodontologen

Dieses Formular verfolgt den Zweck, Rückfragen zu ersparen und wichtige Informationen transparent zu legen.
Bitte füllen Sie die folgenden Punkte möglichst komplett aus.



Patient

Name Vorname Geburtsdatum

m
 w

Überweisender Zahnarzt

Name Datum

Zahnschema

<input type="checkbox"/>															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>															

Gewünschte Behandlung

Parodontitis Periimplantitis Mundschleimhaut Rezessionsdeckung

Vorgesehene Behandlung

resektiv Lappen OP regenerativ Gesteuerte Geweberegeneration
 Osteotomie Furkationsbehandlung
 Gingivektomie Rezessionsdeckung
 Hemisektion Gewebeverdickung
 Tunnellierung
 chir. Kronenverlängerung

Röntgenbilder nicht älter als 6 Monate

beiliegend Zahnfilm OPG DVT
 zu erstellen Zahnfilm OPG DVT

Risikofaktoren

Herz-Kreislaufkrankungen Infektionserkrankungen Antikoagulantien
 Diabetes Allergien/Medikamentenunverträglichkeit Bisphosphonate
 Asthma Rauchen

Anamnese

Wichtig wurde bereits eine Parodontitistherapie durchgeführt?

Nein Ja
 Wenn Ja Wann?

Vorbehandlung abgeschlossen (Parodontologie, ...)

Ja Nein

Sonstiges: