



Überweisung zur chirurgischen PA-Weiterbehandlung (bitte ankreuzen)

Liebe Kollegin, lieber Kollege!

Bitte beachten Sie, dass wir nur den chirurgischen Teil der Behandlung übernehmen können. Die Vorbehandlung mit Initialphase und geschlossener Kurettage muss weiterhin in Ihren Händen bleiben.

Patient: _____ Zahnarzt: _____ (Stempel)

Erreichbarkeit für Rückfragen:

Am besten telefonisch: Tel. _____ Rückruf vor Behandlungsbeginn gewünscht

Zeiten: _____

email: _____

Anamnese und Vorbehandlung:

- Raucher Allgemeinerkrankungen:
 Diabetes mellitus Tumorerkrankung
 Bisphosphonattherapie Blutverdünnende Medikamente
 andere:

geschlossene PA-Behandlung erfolgt wenn ja: zuletzt: _____ Region: _____
 bisher unbehandelt

Full mouth Desinfection erfolgt wenn ja: zuletzt: _____

Lebens-Partner auch in Therapie wenn ja: keine PA auch PA-Patient, letzte Therapie: _____

Behandlungswunsch:

Offene Kurettage mit regenerativer Therapie mit Emdogain® der Zähne _____

Knochenaufbau (GBR) an den Zähnen _____

chirurgische Rezessionsdeckung der Rezessionen an den Zähnen _____

umfassender Therapieplan gewünscht, mit folgender Implantat-Versorgung regio _____

Unterlagen anbei:

- Röntgenbilder letzter PA-Befund in Kopie Modelle
 Letzte PZR: _____ durch ZA durch ZMP/ DH

Fallbemerkungen: _____

Datum

Unterschrift