

Überweisungsauftrag

Per Fax an 030 / 206 53 91-29



Zahnarztpraxis &
Behandler (Praxisstempel):

Praxis Dr. med. dent.
Nikolaus Gutsche & Kollegen

Patienten: _____

Adresse: _____

Berliner Kompetenzzentrum
für Zahnimplantate im WMF
Leipzigerstraße 112
Mauerstraße 12 (barrierefrei)
10117 Berlin Mitte

Telefon 030/206 53 91-00
www.implantologie-gutsche.de
info@implantologie-gutsche.de

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Versicherung: _____

Handy: _____

Beruf: _____

Anamnese: Herz- / Kreislaufkrankung ()
Diabetes ()
Osteoporose ()
Sonstige Erkrankungen: _____
Allergien: _____
Medikamenteneinnahme: _____

Befund und Planung:

Plan																
Ist																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Ist																
Plan																

Sinuslift () Regio: _____ Kieferkambbreite: _____

Sonstiges: _____

Kommentar: _____

Datum:

Unterschrift:
