Überweisung

Dr. med. dent.
Götz Braumandl
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Patient _____ Geburtsdatum

◯ Allergie ◯ Marcumar / ASS ◯ Risikopatient

Bitte führen Sie folgende Leistungen durch:

☐ Entfernung Zähne / Wurzelreste
☐ WSR Zahn
☐ Implantatversorgung
☐ Freilegung der Zähne
☐ Behandlung in Sedierung / Intubationsnarkose
☐ Sanierung der Zähne

Sonstiges _____

_____

_____

_____

Praxisgebühr für _____ / _____ Quartal bezahlt.

_____

Datum / Unterschrift

Überweisung

Dr. med. dent.
Götz Braumandl
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Patient _____ Geburtsdatum

◯ Allergie ◯ Marcumar / ASS ◯ Risikopatient

Bitte führen Sie folgende Leistungen durch:

☐ Entfernung Zähne / Wurzelreste
☐ WSR Zahn
☐ Implantatversorgung
☐ Freilegung der Zähne
☐ Behandlung in Sedierung / Intubationsnarkose
☐ Sanierung der Zähne

Sonstiges _____

_____

_____

_____

Praxisgebühr für _____ / _____ Quartal bezahlt.

_____

Datum / Unterschrift