

# Überweisungsauftrag:

Patient: \_\_\_\_\_

• Bitte um Entfernung von: \_\_\_\_\_

• WSR an: \_\_\_\_\_

Orthograde Wurzelfüllung

Retrograde Wurzelfüllung

• Implantatberatung: \_\_\_\_\_

gewünschtes System:

Ankylos<sup>®</sup>

Strautmann<sup>®</sup>

• Parodontalchirurgie:

offene Parodontaltherapie

Rezessionsdeckung

freies Gewebetransplantat

• Freilegung: \_\_\_\_\_

Bitte denken Sie an ggf. vorhandene Röntgenbilder. Diese erhalten Sie selbstverständlich nach Behandlungsabschluss zurück. Ferner können Sie unter [www.dr-wardak.de/service/formulare](http://www.dr-wardak.de/service/formulare) unseren Patientenerhebungsbogen downloaden. Wir bitten Sie diesen Ihrem Patienten auszuhändigen, damit der diesen vor seinem ersten Besuch bereits ausgefüllt mitbringen kann.

Ihr Praxisstempel