

Überweisung:

Ich überweise Ihnen:

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Röntgenbilder:

nicht vorhanden: werden mitgegeben: werden per E-Mail geschickt:

Ich bitte um Vornahme folgender Leistungen:

Chirurgie:

- Entfernung Zahn
- Wurzelspitzenresektion
- Sonstiges
-

DVT-3D-Diagnostik:

- Fragestellung (Indikation)
-
-
- Ich bitte um Rückruf

Implantologie:

- Beratung
- Implantation (Position)
-

Befund & Planung:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | B |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | | B |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P |

Praxisstempel:

Dr. Malte von Boetticher
 Dr. Dr. Wolfgang Gudehus
 Untere Str. 30 - 27283 Verden / Aller

☎ 0 42 31 - 93 06 06
 🖨 0 42 31 - 93 06 08
 ✉ info@mkg-verden.de
 🌐 www.mkg-verden.de