



# 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. Dr. Wolfgang Gudehus  
 Untere Str. 30 - 27283 Verden / Aller

0 42 31 - 93 06 06  
 0 42 31 - 93 06 08  
 info@gudehus.de  
 www.gudehus.de