



ÜBERWEISUNG ZUR CHIRURGISCHEN PA-BEHANDLUNG

(bitte ankreuzen)

Liebe Kollegin, lieber Kollege!

Bitte beachten Sie, dass wir normalerweise den chirurgischen Teil der Behandlung übernehmen. Die Vorbehandlung mit Initialphase und geschlossener Kurettage sollte weiterhin in Ihren Händen bleiben. Wenn Sie wünschen, dass wir die komplette Parodontalbehandlung in unserer Praxis durchführen, so teilen Sie uns dies bitte ausdrücklich mit.

Patient: _____

Zahnarzt: _____

(Stempel)

Erreichbarkeit für Rückfragen:

Am besten telefonisch: **Tel.** _____

Zeiten: _____

Rückruf vor Behandlungsbeginn gewünscht

email: _____

Anamnese und Vorbehandlung:

Raucher

Allgemeinerkrankungen:

Diabetes mellitus

Tumorerkrankung

Bisphosphonattherapie

Blutverdünnende Medikamente

andere: _____

geschlossene PA-Behandlung erfolgt wenn ja: zuletzt: _____ Region: _____
 bisher unbehandelt

Full mouth Disinfection erfolgt wenn ja: zuletzt: _____

Lebens-Partner auch in Therapie wenn ja: keine PA auch PA-Patient, letzte Therapie: _____

Füllungen und Kronenränder in Ordnung

Füllungen und Kronenränder werden noch korrigiert Region: _____

Behandlungswunsch:

Offene Kurettage mit regenerativer Therapie mit Emdogain® der Zähne _____

Geschlossene Parodontalbehandlung komplett gewünscht (incl. Initialtherapie)

Knochenaufbau an den Zähnen _____

chirurgische Rezessionsdeckung der Rezessionen an Zähnen _____

umfassender Therapieplan gewünscht, mit folgender Implantat-Versorgung regio _____

Unterlagen anbei:

Modelle

Röntgenbilder

letzter PA-Befund in Kopie

Letzte PZR: _____

durch ZA

durch ZMP/ DH

Fallbemerkungen: _____

Datum

Unterschrift