

## Überweiservereinbarung Implantologie

Die Praxis \_\_\_\_\_

überweist den Patienten \_\_\_\_\_

zur weiteren Planung und/oder Mitbehandlung in das Zentrum MKG-PALAIS Hanau.

Behandlungswunsch in regio : \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schriftliche Implantatplanung/<br>kollegiale Mitbeurteilung | <input type="checkbox"/> DVT Anfertigung                            |
| <input type="checkbox"/> Rückruf erwünscht<br>.....                                  | .....   |
| <input type="checkbox"/> Knochenaufbau   | <input type="checkbox"/> Weichgewebsskorrektur                      |
| <input type="checkbox"/> Implantation +/- provisorische Versorgung                   | <input type="checkbox"/> Freilegung +/- provisorische<br>Versorgung |
| <input type="checkbox"/> Implantation +/- definitive Versorgung                      |   |
| <input type="checkbox"/> Implantatsystem Wunsch: _____                               |   |
| <input type="checkbox"/> Implantatsystem Überweiserpraxis vorhanden: _____           |   |

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

*Nach Durchführung der vereinbarten Behandlung erfolgt die Rücküberweisung an Sie.*

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Stempel  
Überweisungspraxis

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Stempel  
MKG-PALAIS Hanau

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient