

---

An:

Dres Swaneburg / Emich

Bahnhofstr. 2

59494 Soest

---

## Überweisende(r) ZA/ZÄ/Arzt/Ärztin

### Stempel

|  |        |
|--|--------|
|  | _____  |
|  | Datum  |
|  | _____  |
|  | Tel.   |
|  | _____  |
|  | E-Mail |
|  | _____  |

## Überweisung des Patienten/der Patientin

### Patient

#### Herr/Frau/Kind

\_\_\_\_\_

Name

Vorname

geb.

### Anschrift

\_\_\_\_\_

Straße

Nr.

Tel. privat / tagsüber

\_\_\_\_\_

Postleitzahl

Ort

Geburtsort

### Zur

Beratung/ Untersuchung

Therapie

### Zahn/Zähne/regio

#### Zur

Abklärung entzündlicher Prozesse in der Mund-Kiefer-Region

### Röntgenunterlagen

beiliegend

dem Pat. mitgegeben

per E-Mail

keine vorhanden

**Der Patient wird überwiesen:**

**Zur Parodontitistherapie**

Initialtherapie ist noch nicht erfolgt

Initialtherapie erfolgte am \_\_\_\_\_

wurde bereits in den letzten 3 Monaten eine Professionelle Zahnreinigung (PZR) durchgeführt?  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Zur plastischen Parodontalchirurgie (mikrochirurgisch)**

Rezessionsdeckung

Chirurgische Kronenverlängerung

Verbreiterung der keratinisierten Gingiva

Präprothetische Kieferkammaugmentation

**Zur endodontischen Therapie (mikroskopisch)**

Orthograde Wurzelkanaltherapie

Revision

**Zur sonstiges oder Kommentar**

---

---

---

**Patient wünscht eine Beratung bezüglich**

Analgosedierung

Vollnarkose