



# ZahnZentrum Rotenburg Praxis Dr. Sina & Kollegen

Untertor 15 - 36199 Rotenburg  
Tel. 06623 2029  
WhatsApp 0151 3220 4134

Zahnzentrum-rotenburg.de  
Praxis.drsina@gmail.com

## Überweisung Implantologie

- Beratung       Therapie

Name des Patienten:

Tel. Nr. des Patienten:

Vertragsarztstempel

**Implantat**      Regio: \_\_\_\_\_

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

**Anzahl der Implantate:** \_\_\_\_

- OK    UK

### Vorbehandlung abgeschlossen (Parodontologie,...)

- Ja     Nein

### Vorgesehene Versorgungsform/Konstruktion

- festsitzend     herausnehmbar
- Einzelzahn     Brücke       Doppelkronen
- Steg           Kugelkopf     Locater

### Aufklärung Prophylaxe nach Implantation durchgeführt

- Ja     Nein

**Knochenaufbau** Regio: \_\_\_\_\_

### Gewünschte Versorgung

- Die Suprakonstruktion erfolgt durch uns
- Praxis Dr. Alireza Sina soll die Versorgung übernehmen

**Modelle**      beiliegend                      zu erstellen

UK                                       UK

OK                                       OK

**Röntgenbilder**    beiliegend                      zu erstellen

OPG                                                           

DVT / CT                                                     

**Sonstiges:**

### Bemerkungen:

Nach Abschluss der Behandlung erfolgt die Rücküberweisung an Ihre Praxis, die Rückgabe der überlassenen Unterlagen und Sie erhalten durch Herrn Dr. Alireza Sina den Arztbrief zur Behandlung. Die Patienten sind darüber informiert, dass die weitere Versorgung ausschließlich bei Ihnen erfolgt.