

Name der Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



Dr. med. dent. Jobst W. Eggerath MDS

TÄTIGKEITSSCHWERPUNKTE: PARODONTOLOGIE UND IMPLANTOLOGIE

Lehrbeauftragter an der Universität Witten/Herdecke
Spezialist für Parodontologie (DGP)

Franz-Busbach-Str. 8 | 50374 Erftstadt | Telefon: 02235 72355 | Fax: 02235 76925
info@dr-eggerath.de | www.dr-eggerath.de

► Überweisungsformular

Bitte alle vorhandenen Röntgenbilder des/r Patienten/in mitgeben, die nicht älter als 2 Jahre sind!

Ich überweise Ihnen Herrn / Frau
ausschließlich für folgende Therapie:

Parodontologie

- Parodontitistherapie
- Regenerative / Resektive Therapie
- Kronenverlängerung
- Rezessionsdeckung
- Sonstiges:

Regio: _____

Regio: _____

Regio: _____

Regio: _____

Implantologie

- Implantat
Gewünschtes Implantat-System:
- Sinuslift
- Extraktion und Ridge Preservation
- Sonstiges:

Regio: _____

STRAUMANN NEOSS XIVE NOBEL-BIOCARE

überlasse ich Ihnen

Regio: _____

Regio: _____

Gewünschter Ort der Durchführung:

- Meine eigene Praxis
- Eingriffsraum Dr. Eggerath

Ich bitte um Mitteilung Ihres Befundes und Therapievorschlages nach der Eingangsdagnostik sowie um sofortige Rücküberweisung unseres Patienten nach Abschluss der von uns gewünschten Therapie.

Mit kollegialen Grüßen,

Datum: _____

Unterschrift

Praxisstempel