

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

Stempel

ÜBERWEISUNG ZUR IMPLANTATVERSORGUNG

Risikofaktoren: allgemeine:
lokale:

Wann wurde der Zahn / die Zähne extrahiert?

Austastbefund der Alveole bei der Extraktion:

Voroperationen: WSR Zystektomie plastische MAV-Deckung andere

Besonderheiten: Z. n. Unfall Knochendefekte Längsfraktur der Wurzel

Parodontologische Vorbehandlungen?

Behandlungsplan:

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

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG

Technologiepark Universität · Wilhelm-Herbst-Straße 1 · 28359 Bremen

Telefon +49 421 2028-246 · Telefax +49 421 2028-265 · E-Mail: info@bego-implantology.com

