

Bitte zurücksenden an:

MKG | RÖDINGSMARKT
Dr. Preusse & Dr. Wieland
Großer Burstah 44-46

20457 Hamburg

NAME, VORNAME DES/DER VERSICHERTEN

Geb. am: _____

Telefon: _____

ÜBERWEISUNGSSCHEIN

- Beratung _____
- Implantation _____
Favorisiertes System: Straumann Astra Camlog/Conelog
- Implantatfreilegung _____
- Extraktion _____
- Knochenaugmentation _____
- Weichgewebeaugmentation _____
- WSR _____
- Röntgendiagnostik _____ OPG
- DVT _____
- Paradontalchirurgie _____
- Zahnfreilegung _____
- Fokussuche _____
- Besondere Wünsche _____

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

Stempel / Unterschrift des/der überweisenden Arztes/Ärztin