



Überweisung:

Ich überweise Ihnen:

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Röntgenbilder:

nicht vorhanden: werden mitgegeben: werden per E-Mail geschickt:

Ich bitte um Vornahme folgender Leistungen:

Chirurgie:

- Entfernung Zahn
- Wurzelspitzenresektion
- Sonstiges
-

DVT-3D-Diagnostik:

- Fragestellung (Indikation)
-
-
- Ich bitte um Rückruf

Implantologie:

- Beratung
- Implantation (Position)
-

Befund & Planung:

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

Praxisstempel:

Dr. Dr. Wolfgang Gudehus
 Untere Str. 30 - 27283 Verden / Aller

0 42 31 - 93 06 06
 0 42 31 - 93 06 08
 info@gudehus.de
 www.gudehus.de