

# Überweisung zur Parodontal-Therapie

**Dr. Stephan Krause & Dr. Alexander Krause, MSc**

**Zahnärzte**

Stöckener Straße 85 - 30419 Hannover  
Telefon: 0511 - 979 35 55 - Telefax: 0511 - 979 37 06

**Patient**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_  
Tel. Dienst: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Zu behandelnder Zahn/Zähne:** \_\_\_\_\_

**Zahnärztliche Anamnese:**

- Blutungsneigung des Zahnfleisches
- Parodontale Tasche
- Lockerungsgrade
- Rezessionen
- andere Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

**Gewünschte Behandlung:**

- nichtchirurgische Parodontaltherapie
- chirurgische Parodontaltherapie
- regenerative Parodontitis-Therapie
- Therapie von Paro-Endo-Läsionen
- Rezessionsdeckungen
- präprothetische Vorbereitung der Gingiva-Architektur
- plastische Parodontal-Chirurgie
- Kieferkammaugmentationen
- Furkationstherapie

**Sonstige Leistungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bisher erfolgte Behandlungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Röntgenbilder:**

- werden dem Patienten mitgegeben
- liegen nicht vor
- folgen per E-Mail an [info@dr-krause-hannover.de](mailto:info@dr-krause-hannover.de)
- werden mit der Post zugeschickt

Ich bitte um telefonische Rücksprache.

Ort, Datum

Überweiser