

## Überweisender Zahnarzt

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## Patient

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_



<sup>b</sup>  
**UNIVERSITÄT  
BERN**

## zmk bern

Zahnmedizinische Kliniken  
der Universität Bern

Klinik für Oralchirurgie und  
Stomatologie

Abteilung für Oral Diagnostic  
Sciences

### Überweisungsformular Implantatsprechstunde

**Indikation Oberkiefer:**

Einzelzahnlücke  
Schaltlücke  
Freiendsituation  
zahnlos

**Indikation Unterkiefer:**

Einzelzahnlücke  
Schaltlücke  
Freiendsituation  
zahnlos

**Parodontalzustand:**

gesund, saniert  
chronische Parodontitis  
akute Parodontitis

**Gewünschte Therapie:**

Implantatchirurgie  
Implantatprothetik in der Privatpraxis  
Implantatprothetik bitte an den zmk bern  
parodontale Vorbehandlung bitte an den zmk bern

**Gewünschtes Implantatsystem:**

Straumann  
Nobel Biocare  
Thommen  
SIC  
Zeramex

**Durchführung der Therapie durch:**

Assistent in Weiterbildung  
Oberarzt  
Klinikdirektorin/Stellvertreter

**Bemerkungen:****Beilage(n):**

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_