



MVZ Curvadent GmbH

Facharzt für Oralchirurgie

ZA Hr. Roberto C. Manco

Bahnhofstr. 3a

97840 Hafenlohr

Web: www.curvadent.de

E-Mail: info@curvadent.de

Telefon: 09391 – 913340

Fax: 09391 - 8386

Überweisungsschreiben

Patient:

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit Überweise ich Ihnen meinen o.g. Patienten zur

- implantologischen Versorgung
- oralchirurgischen Behandlung
- parodontalchirurgischen Behandlung
- parodontologischen Behandlung

in der Region _____.

Behandlung:

- Vor der o.g. Behandlung bitte ich Sie um Kontaktaufnahme zur gemeinsam Besprechung und der Zusammenarbeit.
- Die Prothetische Versorgung wird durch meine Praxis selbst durchgeführt.
- Die Prothetische Versorgung soll auch durch Ihre Praxis durchgeführt werden.
- Falls eine Prophylaxe notwendig ist, kann diese durch Ihre Praxis durchgeführt werden.
- Röntgenbilder liegen vor und wurden mitgegeben.
- Röntgenbilder müssen neu angefertigt werden.

Bemerkung:

Mit kollegialen Grüßen

Datum / Unterschrift

Stempel und Telefonnummer des Überweisers