



Passend für Fensterhülle oder per Fax an: (02238) 96 96 65

Praxis Dr. med. F. Fathi

Worringer Str. 10

50259 Pulheim

Patientendaten

Herr Frau

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Telefon

gesetzlich versichert privat versichert

Region

Oberkiefer Unterkiefer

Kieferhöhle Kiefergelenk

rechts links Front

◀ Bitte ggf. Region auf Schaubild einzeichnen.



Klinische Fragestellung: (unbedingt angeben!)

Klinische Angaben:

Sonstiges:

Der Patient wurde auf die private Abrechnung der Untersuchung hingewiesen.

Datensatz: an Patienten übergeben an Praxis per Post senden an Praxis per Mail senden

Aufnahme anfertigen bis spätestens:

Überweisende Praxis:

Indikation für die Untersuchung

Implantologie Parodontologie

Endodontologie Kieferorthopädie

HNO Dentoalveolär

Beigefügte Patienten-Unterlagen

OPG Zahnfilmaufnahme

Navigationsschablone

Sonstiges:

Mit der Bitte um Rückgabe nach Behandlung.

Implantationsplanung

Implantatschablone Patienten mitgegeben

wird vom Labor geliefert

Labor:

Telefon:

E-Mail:

Kontaktdaten:

Dr. med. F. Fathi

Worringer Str. 10 | 50259 Pulheim

Telefon: (02238) 83 89 99

Telefax: (02238) 96 96 65

mkg@drfathi.de | www.drfathi.de

Datum:

Unterschrift:
