



Überweisungsformular

Patientenangaben

Vorname: Nachname:

Geburtsdatum:

Strasse N.:

PLZ/Ort:

Telefon: Mobil:

E-mail:

Gewünschte Diagnostik / Therapie

DVT, regio:

Extraktion Zahn/Zähne:

Wurzelspitzenresektion, Zahn:

Zystenentfernung, regio:

Schleimhautserkrankung:

Knochenaufbau, regio:

Implantation:

Rezessionsdeckung:

Weichgewebsaugmentation:

Prothetische Rehabilitation:

Weiteres:



Dr. Kraus
Studio dentistico
polispecialistico

Dr. med. dent. Riccardo Kraus
Specialista in chirurgia orale (SSO/SSOS)
Specialista in odontoiatria ricostruttiva (SSO/SSRD)

T +41 (0) 91 922 63 22
info@drkraus.ch

Weitere klinische / organisatorische Angaben:

Zahnarzt:

Praxisstempel:

Ort, Datum

Unterschrift:

Bitte ausgefülltes Formular an info@drkraus.ch zurücksenden.