



An  
Dr. R. Swaneburg u. Dr. U. Swaneburg, M.Sc.  
Westenhellweg 10  
59494 Soest

---

Überweisende(r) ZA/ZÄ/Arzt/Ärztin

Stempel

Datum:

Tel.:

E-mail:

## Überweisung des Patienten /der Patientin

**Anschrift**

Name	Vorname	geb.
<hr/>		
Straße	Nr.	Tel. privat / tagsüber
<hr/>		
Postleitzahl	Ort	
<hr/>		

Zur  Beratung / Untersuchung

Therapie

Zahn / Zähne / regio

Zur

Abklärung entzündlicher Prozesse in der Mund- Kiefer- Region

**Röntgenunterlagen**

beiliegend     dem Pat. mitgegeben     per E-Mail     keine vorhanden

**Der Patient wird überwiesen:**

**Zur Parodontitistherapie**

Initialtherapie ist noch nicht erfolgt

Initialtherapie erfolgte am \_\_\_\_\_

Wurde bereits in den letzten drei Monaten eine Professionelle Zahnreinigung (PZR) durchgeführt? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Zur plastischen Parodontalchirurgie (mikrochirurgisch)**

Rezessionsdeckung

Chirurgischen Kronenverlängerung

Verbreiterung der keratinisierten Gingiva

Präprothetische Kieferkammaugmentation

**Zur endodontischen Therapie (mikroskopisch)**

Orthograde Wurzelkanaltherapie

Revision

**Sonstiges oder Kommentar**

---

---

**Patient wünscht eine Beratung bezüglich**

Analgosedierung

Vollnarkose