



## Zahn- und ProphylaxeCenter

Priv.-Doz. Dr. Nicole Pischon  
DGP-Spezialistin für Parodontologie®  
Karl-Marx Straße 24  
12529 Schönefeld, OT Großziethen  
[info@zahnarzt-pischon.de](mailto:info@zahnarzt-pischon.de)  
[www.zahnarzt-pischon.de](http://www.zahnarzt-pischon.de)

Praxisstempel

Tel.:  
Fax:  
E-Mail:

Datum: \_\_\_\_\_

## Überweisungsformular

Ich überweise Ihnen Frau/Herrn \_\_\_\_\_ für folgende Therapie:

- Periimplantitis**  
regio \_\_\_\_\_
- Systematische Parodontitistherapie**
  - Geschlossene Parodontitistherapie (SRP/Debridement)  
regio \_\_\_\_\_
  - Offene Parodontitistherapie  
regio \_\_\_\_\_
- Furkationsmanagement (Amputation, Tunnelierung ect.)**  
regio \_\_\_\_\_
- Chirurgische Kronenverlängerung**  
regio \_\_\_\_\_
- Regenerative Therapie (z.B. Emdogain, Knochenersatz, Membran/GTR)**  
regio \_\_\_\_\_
- Ästhetik – Mukogingivalchirurgie**
  - Rezessionsdeckung  
regio \_\_\_\_\_
  - Freies Schleimhauttransplantat (FST/Verbreiterung keratinisierten Gingiva)  
regio \_\_\_\_\_
- Sonstiges/Bemerkungen**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Unterlagen bitte mitgeben, wenn vorhanden (Röntgenbilder, letzter PA-Befund).**

Ich bitte um Zusendung Ihres Befunde und Therapievorschlags nach Eingangsdiagnostik sowie Rücküberweisung nach abgeschlossener Therapie.

\_\_\_\_\_  
Datum      Unterschrift