

Patient: _____

• Bitte um Entfernung von: _____

• WSR an: _____

Orthograde Wurzelfüllung

Retrograde Wurzelfüllung

• Implantatberatung: _____

gewünschtes System:

Ankylos[®]

Strautmann[®]

• Parodontalchirurgie:

offene Parodontaltherapie

Rezessionsdeckung

freies Gewebetransplantat

• Freilegung: _____

Bitte denken Sie an ggf. vorhandene Röntgenbilder. Diese erhalten Sie selbstverständlich nach Behandlungsabschluss zurück. Ferner können Sie unter www.dr-wardak.de/service/formulare unseren Patientenerhebungsbogen downloaden. Wir bitten Sie diesen Ihrem Patienten auszuhändigen, damit der diesen vor seinem ersten Besuch bereits ausgefüllt mitbringen kann.

Ihr

Dr. Mirwais Wardak

