**Überweisungsvereinbarung**

Die Praxis:

Überweist an die Zahnmedizin Romanshorn, den Patienten:

* zur Implantation Regio………………………………………………………………………………….
* mit Knochenaufbau / Sinuslift………………………………………………………………………
* zur Weisheitszahnentfernung………………………………………………………………………
* anderer Eingriff……………………………………………………………………………………………

**Gewährleistung:**

* Der Patient wird nach dem Eingriff und der Wundkontrolle wieder an die Überweisende Praxis zurück überwiesen.
* Der Patient wird, wie gewünscht, nur mit dem Implantat versorgt und dem Gingivaforme
* Die prothetische Versorgung obliegt dem Überweiser
* Eventuelle chirurgische Interventionen- wie Periimplantitis – werden kollegial kommuniziert und therapiert.

Datum, Unterschrift Überweisungspraxis

Datum, Unterschrift Chirurgische Praxis

Datum, Unterschrift Patient