



Überweisung

Kleekamp 18
22339 Hamburg
Tel. 040 – 59 91 64
Fax 040 – 50 25 60
www.drbuhtz.de
info@drbuhtz.de

Patient: _____

Bitte um:

- DVT Aufnahme (mit / ohne* Scanschablone)
*nichtzutreffendes bitte streichen
- Implantatberatung
- Implantation regio _____
- Endodontische Behandlung / Revision Zahn _____
- Rückruf
- sonstiges:
