



KREBS RIBBAT & Partner  
ZAHNÄRZTE

Ästhetische und präventive  
Zahnheilkunde  
Orale Rehabilitation

**Tätigkeitsschwerpunkte**  
Implantologie  
Parodontologie  
CMD-Kiefergelenktherapie  
Kinder- und Jugendzahnheilkunde

# Überweisungsformular IMPLANTOLOGIE

Sehr geehrter Herr Kollege Dr. Krebs,  
hiermit überweise ich Ihnen

**Dr. Stephan Krebs**  
Dr.-Lindemann-Straße 31  
29439 Lüchow  
T 05841 - 4570  
F 05841 - 4522  
info@praxis-krebs.de  
www.praxis-krebs.de

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Telefonnummer

Für die Durchführung folgender Behandlungsschritte

Implantatberatung ..... Region

Digitale Volumentomographie ..... Region

Implantatinsertion ..... Region

Kieferkammaugmentation ..... Region

Sinuslift       links  rechts  beidseitig

bevorzugtes Implantatsystem .....

Für die geplante prothetische Versorgung

Oberkiefer       Steg/ CoverDent       VMK-Kronen  
 Teleskop/ CoverDent       VMK-Brücke  
 Locator       Keramik-Krone

Unterkiefer       Steg/ CoverDent       VMK-Kronen  
 Teleskop/ CoverDent       VMK-Brücke  
 Locator       Keramik-Krone

Suprakonstruktion

Die Prothetische Versorgung der Implantate führe ich selbst durch.

Bitte übernehmen Sie die prothetische Versorgung der Implantate.

Mit freundlichen Grüßen

Überweiserdaten

.....  
Praxis/ behandelnder Arzt

.....  
Anschrift

.....  
Telefonnummer

.....  
Praxisstempel