



KREBS RIBBAT & Partner  
ZAHNÄRZTE

Ästhetische und präventive  
Zahnheilkunde  
Orale Rehabilitation

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

# Überweisungsformular CRANIOMANDIBULÄRE DYSFUNKTION (CMD)

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

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Telefonnummer

mit der Bitte um die Übernahme folgender Leistungen

- Diagnostik
- Funktionstherapie
- Übertragung und Sicherung der Schienenokklusion mit Langzeitprovisorien
- Prothetisch-restaurative Maßnahmen zur langfristigen Stabilisierung der Okklusion

Besondere Bemerkungen

.....  
.....  
.....

Mit freundlichen Grüßen

Überweiserdaten

.....  
Praxis/ behandelnder Arzt

.....  
Anschrift

.....  
Telefonnummer

.....  
Praxisstempel

**Dr. Stephan Krebs**

Dr.-Lindemann-Straße 31  
29439 Lüchow

T 05841 - 4570

F 05841 - 4522

info@praxis-krebs.de

www.praxis-krebs.de