



KREBS RIBBAT & Partner  
ZAHNÄRZTE

Ästhetische und präventive  
Zahnheilkunde  
Orale Rehabilitation

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

# Überweisungsformular DIGITALE VOLUMENTOMOGRAPHIE

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

zur Digitalen Volumentomographie mit folgendem Behandlungswunsch

- Oberkiefer       mit Röntgenschablone
- Unterkiefer       mit Röntgenschablone     Bitte angelieferte Röntgenschablone verwenden
- Kiefergelenk       links     rechts
- Implantologie ..... Region
- Parodontologie ..... Region
- Endodontie ..... Region

Besondere Bemerkungen

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

Mit freundlichen Grüßen

Überweiserdaten

.....  
Praxis/ behandelnder Arzt

.....  
Anschrift

.....  
Telefonnummer

.....  
Praxisstempel