



**Überweisung zur Diagnostik und Therapie der
Craniomandibulären Dysfunktion**

An: Prof. Dr. med. dent. Olaf Winzen, e-mail: owinzen@craniomed.org

Fax: 069-27137895 oder 069-27137897

Überweiser:

Stempel

Unterschrift (nicht bei elektronischer Übermittlung)

Rechnung an :

Patient

Praxis

Kostenvoranschlag

Bitte vereinbaren Sie mit meinem Patient einen Termin

Patient:

(Name, Adresse, Telefonnr.)

Herr

Frau

Verdacht auf:

Bitte erbringen Sie folgende Leistungen bei meinem Patienten:

Diagnostik und Therapie der CMD

nur Diagnostik und Therapievorschlag

Zusätzliche Leistungen:

Röntgendiagnostik

Entspannungsschiene vor opto-elektronischer Diagnostik

Modelle anfertigen

Individuelle Löffel anfertigen

Registratplatte herstellen

..sonstiges:.....

Mitgeliefert:

Bißgabel mit Schlüssel Impregumabformungen

.....Silikonabf.

.....Modelle

....Registrat

.....Sockel -Platten

.....Duett-Platten

.... Löffel

.....Artikulator