

## ZUWEISUNG zur Beratung/Behandlung

Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Stempel des zuweisenden Arztes

Ich schicke meinen Patienten zu einem Beratungsgespräch/Behandlung /Patientenwunsch/Fragestellung:

Ich gebe dem Patienten aktuelle Röntgenaufnahmen mit

Gewünschter Behandler:

Das Beratungshonorar von EUR 155,- zzgl. Honorar für etwaige notwendige Röntgenaufnahmen ist direkt nach der Beratung bar oder per Bankomat/Kreditkarte zu begleichen. Das Beratungshonorar wird im Fall der Notwendigkeit einer chirurgischen Behandlung an der Akademie für orale Implantologie dem Patienten rückerstattet.

Für Terminvereinbarungen:  
tel 01/ 402 86 68  
Mo-Fr 9.00-17.00, FR 9.00-15.00

e-mail: [welcome@implantatakademie.at](mailto:welcome@implantatakademie.at)  
mit Angabe Ihres Wunschtermins

AKADEMIE FÜR ORALE IMPLANTOLOGIE, 1090 Wien, Lazarettgasse 19  
[www.implantatakademie.at](http://www.implantatakademie.at)

