

ÜBERWEISUNGS-AUFTRAG

Name _____

geboren am _____

Vorname _____

Datum _____

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
							1	2							
							4	3							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

WIR BITTEN UM DURCHFÜHRUNG FOLGENDER LEISTUNGEN

- Röntgen 2D OPG
- Röntgen 3D DVT mit Befundung ohne Befundung Fragestellung _____
- operative Zahnentfernung _____ WSR Zahn _____ orthograde WF retrograde WF
- Zystektomie Regio _____ Mitbeurteilung | Therapie Kiefergelenk _____
- Mundschleimhautbiopsie Regio _____ Freilegung Zahn _____
- Periimplantitistherapie Regio _____ Pininsertion Regio _____
- Zungen-/ Lippen-/ Wangenbandkorrektur PA-Chirurgie Regio _____
- Entfernung Hautveränderung | Tumore _____ Traumatologie _____
- Implantatberatung Regio _____ Isolierter externer Sinuslift Regio _____
- Gewünschtes Implantatsystem _____ Therapie akuter Abszess _____
- Geplante Prothetik _____ Vertikale/ horizontale Augmentation Regio _____
- Individuelle Risikoeinschätzung vor chirurgischer Therapie bzw. Implantation von Patienten unter antiresorptiver Therapie
(Bisphosphonate | Denosumab) Ausschließlich Beratung Beratung und Therapieübernahme
- Ästhetikberatung (Botox | Filler | Straffungsoperationen | ästhetische Narbenkorrektur)

Praxisstempel

Sonstige Anmerkungen
