

Überweisungsauftrag

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

Überweisender Zahnarzt: _____

Wurzelspitzenresektion an Zahn _____ retrogr. WF orthogr. WF

Osteotomie der Zähne _____ ITN

Freilegung des Zahnes _____ mit Bracketklebung
 ohne Bracketklebung

Weichteilchirurgie Lippenbändchen OK UK Zungenbändchen
 Zystektomie
 Mukogingivalchirurgie regio _____
 Freies Schleimhauttransplantat (FST) regio
 Fibromentfernung regio
 Epulisentfernung regio
 Rezessionsdeckung
 Probeentnahme

Hartgewebsplastik Offene Lappen – OP mit Knochenaufbau (Emdogain, Atrisorp)
 Augmentation
 Sinusbodenelevation intern extern

Extraktion der Zähne _____

Plastische Deckung der Kieferhöhle links rechts

Herdsanierung im OK/UK vor Organtransplantation bzw. Herzklappen-OP

Kinder- und Behindertenbehandlung in ITN

OPG

Implantation regio _____

Unfallversorgung regio _____

Sonstiges: _____

So erreichen Sie die Praxis:



Unsere Praxiszeiten:

Montag, Dienstag, Mittwoch	8.00 – 18.00 Uhr
Donnerstag	8.00 – 20.00 Uhr
Freitag	8.00 – 14.00 Uhr