

Überweisung

Praxis

Patient:..... Geburtsdatum:.....

wird zu folgender Leistung überwiesen:

- Implantatberatung:_____
 - Wurzelspitzenresektion des Zahnes/der Zähne:_____
 - orthograde Wurzelfüllung
 - retrograde Wurzelfüllung
 - Operative Entfernung des Zahnes/der Zähne:_____
 - Operative Freilegung des Zahnes/der Zähne:_____
 - Beurteilung Schleimhautveränderung:_____
 - Kieferhöhlenoperation:_____
 - Behandlung von Zahnbetterkrankungen:_____
 - Milchgebissanierung:_____
 - Sonstiges:_____
 - _____
 - _____
 - Eingriff unter Sedierung
 - Eingriff unter Intubationsnarkose
 - Röntgenaufnahmen: liegen bei
 - werden per Email geschickt
 - wurden dem Patienten mitgegeben
 - liegen keine aktuellen vor
-

.....
Datum

.....
Unterschrift