



KIEFER- & ORALCHIRURGISCHE ÜBERWEISUNG

Überweiser

Telefonnummer überweisender Kollege:

Stempel des Überweisers:

Datum:

Unterschrift:

Patient

Name: _____

Vorname: _____

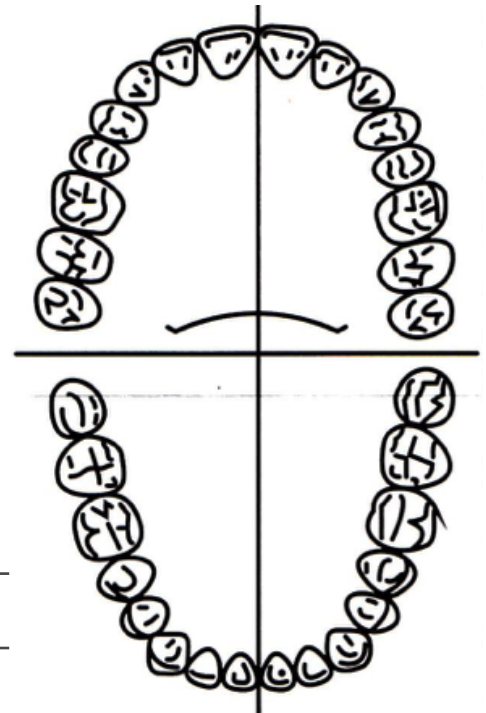
Geburtsdatum: _____

Sehr geehrter Kollege,

hiermit überweise ich Ihnen den o.g. Patienten zur Durchführung folgender Behandlung:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Osteotomie | <input type="checkbox"/> Zahntransplantation |
| <input type="checkbox"/> implantologische Versorgung | <input type="checkbox"/> Zahnschienung |
| <input type="checkbox"/> Wurzelspitzenresektion | <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut – PE |
| <input type="checkbox"/> Extraktion | <input type="checkbox"/> Abszessinzision |
| <input type="checkbox"/> Freilegung / Bracketbef. | <input type="checkbox"/> Sonstiger Eingriff |

Bemerkungen: _____



Nach Abschluss der chirurgischen Behandlung bitte ich um Rücküberweisung des Patienten sowie Rückgabe von mitgegebenen Unterlagen.