

# ÜBERWEISUNGSFORMULAR CHIRURGIE



PATIENTENNAME

GEBURTSDATUM

- Entfernung von Zähnen / Milchzähnen
- Operative Entfernung von Weisheitszähnen
- Zystenbehandlung
- Präprothetische Chirurgie
- Behandlung von Kieferhöhlenentzündungen, Verschluss einer Mund-Antrum-Verbindung
- Wurzelspitzenresektion (mit retrograder Wurzelfüllung)
- Abszessbehandlung
- Behandlung von Risikopatienten
- Behandlung von Angstpatienten (wenn gewünscht in Sedierung)
- Behandlung von Mundschleimhauterkrankungen, Entfernung kleinerer Tumore
- Kieferorthopädische Freilegung von Zähnen ggf. mit Bracketfixation (bitte Anmerkungsfeld nutzen)
- Lippen-/Wangen-/Zungenbandplastik
- Fokussuche
- Implantatplanung (3D-Röntgen)
- Implantationen
- Behandlung in Sedierung

ANMERKUNGEN

PRAXIS/ÜBERWEISER

TELEFON/EMAIL