

ÜBERWEISUNGSFORMULAR CHIRURGIE

BERGEN
ÜBERSEE



PRAXIS BERGEN
RAIFFEISENPLATZ 2
83346 BERGEN
T 08662 . 66 877 19
M 0160 . 94 95 03 49

INFO@ZAHNAERZTE-HOCHFELLN.DE
WWW.ZAHNAERZTE-HOCHFELLN.DE

PATIENTENNAME

GEBURTSDATUM

Behandlungswunsch:

- ☐ Entfernung Zahn _____
- ☐ Zystenbehandlung ☐ Wurzelspitzenresektion
- ☐ MAV - Verschluss ☐ Abszessbehandlung
- ☐ Exostosenabtragung ☐ Implantatberatung
- ☐ Behandlung Risikopatient _____
- ☐ Schleimhautbeurteilung / PE in regio
- ☐ kieferorthopädische Freilegung Zahn _____ - mit Bracketfixation
- ☐ Lippen- / Wangen- / Zungenbandplastik
- ☐ Fokussuche
- ☐ Sonstige Bemerkungen: _____

ANMERKUNGEN

PRAXIS/ÜBERWEISER

TELEFON/EMAIL