

ÜBERWEISUNGSFORMULAR

CHIRURGIE

BERGEN
ÜBERSEE



PATIENTENNAME

GEBURTSDATUM

PRAXIS BERGEN
RAIFFEISENPLATZ 2
83346 BERGEN
T 08662 . 66 877 19
M 0160 . 94 95 03 49
INFO@ZAHNAERZTE-HOCHFÖLLN.DE
WWW.ZAHNAERZTE-HOCHFÖLLN.DE

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