



Überweisungsauftrag

Patient

Name		Vorname	
Straße/ Hausnummer			
PLZ/ Ort		Telefon	

Implantologie

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Implantatberatung | <input type="checkbox"/> Augmentation Regio | <input type="checkbox"/> Periimplantitistherapie |
| <input type="checkbox"/> Implantation Regio | <input type="checkbox"/> Sinuslift | |

Endodontie

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Primärendodontische Wurzelbehandlung | <input type="checkbox"/> Stiftentfernung | <input type="checkbox"/> Adhäsiwer Stiftaufbau |
| <input type="checkbox"/> Fortsetzen/ Beenden endodontischer Behandlung | <input type="checkbox"/> Instrumententfernung | <input type="checkbox"/> Deckung von Perforationen |
| <input type="checkbox"/> Revision | | |

Chirurgie

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Weisheitszahnentfernung | <input type="checkbox"/> Zystenbehandlung | <input type="checkbox"/> Lippen-, Zungen-, Wangenplastik |
| <input type="checkbox"/> Zahnentfernung | <input type="checkbox"/> Exostosenabtragung | <input type="checkbox"/> PAR- Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Wurzelspitzenresektion orthograd/ retrograd | <input type="checkbox"/> Plastische Deckung | <input type="checkbox"/> Weichgewebschirurgie |
| <input type="checkbox"/> Orthograde Endo Revision | <input type="checkbox"/> Exzisionen | <input type="checkbox"/> Gewebeprobenentnahme |
| <input type="checkbox"/> Freilegung Zahn | <input type="checkbox"/> Vestibulumplastiken | <input type="checkbox"/> Entzündungen Mund- und Kieferbereich |
| <input type="checkbox"/> MAV- Verschluss | <input type="checkbox"/> Abzessbehandlung | <input type="checkbox"/> Periimplantitis |

Bemerkungen

Überwiesen von:

Datum Ort

Unterschrift/ Praxisstempel