

Überweisungsformular für Zahnärzte

Die Patientin/der Patient:

Name

Vorname

Geburtsdatum

wird zur Durchführung chirurgischer Leistungen überwiesen:

Weisheitszahnentfernung _____

Extraktion folgender Zähne _____

Operative Zahnentfernung _____

Entfernung überzähliger Zähne oder Zahnkeime _____

Konservierend-chirurgische Sanierung _____

Operative Freilegung _____

Wurzelspitzenresektion _____

mit orthograder Wurzelfüllung

mit retrograder Wurzelfüllung

Lippenbändchenkorrektur _____

Zungenbändchenkorrektur _____

Vestibulum-Plastik Oberkiefer Unterkiefer

Chirurgische Paradontosebehandlung _____

Abszessinzision _____

Histologische Abklärung _____

Zystektomie _____

Implantatinsertion Biomet 3i Friadent Xive Camlog Thommen

Implantat-Suprakonstruktion in der hauszahn-ärztlichen Praxis in der Praxisklinik Dr. Lamest

Sonstiges _____

Der Eingriff soll durchgeführt werden in:

Lokalanästhesie Analgosedierung

Allgemeinnarkose Anästhesiologischer Überwachung

Folgende medizinische Allgemeinproblematik ist bei meinem Patienten zu beachten (z.B. Allergien, Unverträglichkeiten, Diabetes, ...)

Datum · Praxisstempel · Unterschrift

Nach erfolgter chirurgischer Behandlung werden wir Ihren Patienten an Sie zurücküberweisen.