



ÜBERWEISUNG

Name des/der Patienten/-in _____

Überweisungsgrund

- Untersuchung
 Operation
 Lokalanästhesie Analgosedierung Narkosebehandlung

Kiefergelenke

- Schienenbehandlung

Kieferfehlstellungen

- Gaumennahterweiterung
 Kieferumstellung Oberkiefer Unterkiefer

Kieferchirurgie

- Zahnentfernung
 Freilegung
 Wurzelspitzenresektion

 Parodontosebehandlung
 Präprothetische Chirurgie
 Neubildung Schleimhaut

Zahn/Zähne:

- _____
- Weisheitszahnentfernung
 mit Bracketklebung (Bracket anbei) ohne Bracketklebung
 Wurzelfüllung vorhanden
 Wurzelfüllung intraoperativ Orthograd Retrograd
 Kürettage Aufbau mit Emdogain
 Vestibulumplastik Schlotterkamm
 Region _____

Sonstiges _____

Gesichtschirurgie/Hautchirurgie

- Neubildung unbekannte Art Histologisch gesichert (Befund anbei)

Für Zahnimplantate ist ein zweiter Bogen hinterlegt

Datum

Unterschrift/Stempel