



edelmund

dentalpraxis kaltenkirchen

Überweisungsauftrag

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Entfernung Zahn | <input type="radio"/> Vestibulumplastik |
| <input type="radio"/> Implantatberatung | <input type="radio"/> Abzessbehandlung |
| <input type="radio"/> Implantation Regio | <input type="radio"/> Lippen-, Zungen-, Wangenbandplastik |
| <input type="radio"/> Wurzelspitzenresektion Zahn | <input type="radio"/> PAR-Behandlung |
| <input type="radio"/> Retrograde WF ____ Orthograde WF ____ | <input type="radio"/> Weichgewebschirurgie |
| <input type="radio"/> Orthograde Endo Revision | <input type="radio"/> Behandlung in Analgosedierung, Vollnarkose |
| <input type="radio"/> Freilegung Zahn | <input type="radio"/> Dentale Volumen Tomographie (DVT) |
| <input type="radio"/> MAV-Verschluss | |
| <input type="radio"/> Zystenbehandlung | Endo |
| <input type="radio"/> Sinuslift | <input type="radio"/> Primärendodontische Behandlung |
| <input type="radio"/> Augmentation Regio | <input type="radio"/> Fortsetzen/Beenden der endodontischen Behandlung |
| <input type="radio"/> Exostosenabtragung | <input type="radio"/> Revision |
| <input type="radio"/> Plastische Deckung | <input type="radio"/> Stiftentfernung |
| <input type="radio"/> Exzision Regio | <input type="radio"/> adhäsiver Stiftaufbau |

Bemerkungen

Three horizontal grey bars for entering remarks.

Name des Patienten

Grey bar for patient name.

Überwiesen von

Grey bar for referring dentist name.

Telefonische Rücksprache erwünscht unter:

Grey bar for telephone contact information.

Praxisstempel

Datum

Uhrzeit

Grey bar for date and time.