



# edelmund

zahnärzte & implantologen

## 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"/> Weichgewebeschirurgie                            |
| <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                      | <b>Endo</b>  |
| <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

Name des Patienten

Überwiesen von

Telefonische Rücksprache erwünscht unter:

Praxisstempel

Datum

Uhrzeit