

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträgerkennung	Versicherten Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Überweisung zur Durchführung folgende Leistung/-en

Dentoalveoläre Chirurgie

- Zahnextraktion/Osteotomie
- Wurzelspitzenresektion
- Abszessbehandlung
- Mundschleimhautveränderung
- Zystektomie/Zystostomie

Implantologie

- Implantatberatung
- Implantatinsertion
- Knochenaugmentation
- Sinuslift

Sonstiges

- OPG DVT
- chirurgische PA
- Freilegung
- KFO-Implantate
- chirurgisch/konservierende Behandlung

Zahnangaben:

Bemerkungen:

Bitte führen Sie den oben genannten Eingriff durch in:

- Analgosedierung
- Intubationsnarkose

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bitten Sie für Ihre Erstvorstellung einen Termin unter oben genannter Telefonnummer zu vereinbaren. Zu diesem Termin erfolgt zunächst ein Beratungsgespräch (außer bei einem Notfall).

Bitte beachten Sie folgende Punkte:

- Bringen Sie bitte alle Ihre Unterlagen von Ihrem Hauszahnarzt mit (evtl. Medikamentenliste).
- Bitte essen Sie vor dem Eingriff ganz normal.
- Nach dem Eingriff sind Sie fahrtüchtig.
- Sie werden je nach Größe des Eingriffs arbeitsunfähig geschrieben.



Für die Verhaltensregeln nach dem Eingriff scannen Sie bitte den QR-Code ein.

