

Krankenkasse   Kostenträger		
Name	geboren am	
Kassen Nr.	Versicherten Nr.	Status
Vertragsarzt Nr.	VK gültig	Datum

## ÜBERWEISUNG ORALCHIRURGIE - bitte um Durchführung folgender Leistungen

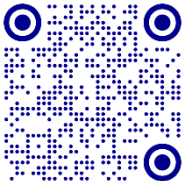
Zahnregion | OK | UK \_\_\_\_\_  in Sedierung | Dämmerschlaf

Zahnextraktion | Osteotomie       Wurzelspitzenresektion mit       Wurzelfüllung retrograd | orthograd

Parodontalchirurgie | CPT       Mundschleimhautbefund | Therapie       Lippen - | Zungenbändchen

Implantation | Beratung \_\_\_\_\_

Sonstiges | Anmerkung etc. \_\_\_\_\_  Rückruf erbeten



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, Ihr Zahnarzt hat Sie bereits über die Gründe dieser Überweisung aufgeklärt. Wir bitten Sie, sich telefonisch oder per E-Mail einen Termin zur Erstvorstellung bei uns zu vereinbaren. In der Regel erfolgt zunächst eine Besprechung über den Behandlungsablauf und weitere Termine werden vereinbart. Bitte bringen sie sämtliche Unterlagen von Ihrem Arzt bzw. Zahnarzt zum Besprechungstermin mit. **Überweisung | Röntgenbilder | Medikamentenplan**

Überweiser | Unterschrift | Stempel