

Überweisungsauftrag

Datum: _____

Für Patient: _____

1. Zahnärztlich chirurgische Maßnahmen

- Entfernung Zahn _____
- Abszessbehandlung _____
- Zystenbehandlung regio: _____
- Wurzelspitzenresektion Zahn _____
- orthograde WF _____ retrograde WF _____
- Freilegung Zahn _____ mit Bracketklebung
- Transplantation Zahn: _____ in regio: _____
- Implantatberatung/Implantation: _____
- Geplante Implantatposition
- Gesteuerte Gewebe- ,Knochenregeneration
- PA-Chirurgie regio: _____
- Vestibulumplastik /Schlotterkammexcision regio: _____
- Exostosenabtragung regio: _____
- Unklare Schmerzen regio: _____

2. Diagnostik

- Röntgen - OPG
- Röntgen - Zahnfilm

Bemerkungen: _____

Anlagen:

- Modelle
- Röntgen OPG Zahnfilm

Überweisender Praxis (Stempel)