

Überweisender Arzt/Zahnarzt: _____

Name des Patienten: _____

Adresse: _____

geboren am: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Der/Die Versicherte wird überwiesen zur Vornahme folgender Leistungen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Operative Entfernung von Weisheitszähnen | <input type="checkbox"/> Allgemeine Beratung |
| <input type="checkbox"/> Zahnextraktion | <input type="checkbox"/> Beratung für eine Implantation |
| <input type="checkbox"/> Wurzelspitzenresektion | gewünschtes Implantatsystem: _____ |
| <input type="checkbox"/> Operative Freilegung eines retinierten Zahnes | |
| <input type="checkbox"/> Abszessinzision | |
| <input type="checkbox"/> Operation einer Zyste | <input type="checkbox"/> Beratung für eine Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Wundkontrolle | in Narkose oder Sedierung |
| <input type="checkbox"/> Fädenentfernung | <input type="checkbox"/> Anfertigung eines DVT, Besonderheiten: _____ |
| <input type="checkbox"/> Abklärung Mundschleimhaut-Erkrankung | |
- DVT mit Befund ohne Befund

Sonstiges _____



Praxis für Mund-,
Kiefer- & Gesichtschirurgie

Dr. Dr. Hannes Grimaldi
Facharzt für Mund-,
Kiefer- & Gesichtschirurgie

Dr. Britt Grimaldi
Fachzahnärztin für Oralchirurgie

Ihr Weg zu uns:



← Richtung Hille

↓ Richtung Bad Oeynhausen