

Überweisungsformular

Überweisender Zahnarzt (Praxisstempel)

Patient:

Name/Vorname _____
Geb. Datum _____
Adresse _____
PLZ /Ort _____
Telefon _____

Durchzuführender Eingriff Oralchirurgie:

- Implantation regio:
 Osteotomie / 8er / regio:
 Osteotomie anderer Zähne oder gutartiger Hartgewebstumor:
 WSR regio:
 Anschlingung regio:

Durchzuführender Eingriff Stomatologie:

- Oberkiefer (Schleimhaut, Labiale Mukosa, Gaumen) regio:
 Unterkiefer (Schleimhaut, Zunge, Mundboden) regio:
 Spezielle Lokalisation (Kommissuren, Tonsillen, Gaumenbögen) regio:

Durchzuführender Eingriff Parodontalchirurgie:

- Bindegewebstransplantat regio:
 Freies Schleimhauttransplantat regio:
 chirurgische Kronenverlängerung

Dringlichkeit:

Notfall ja nein

Bemerkungen: _____

Beilagen: _____

Dr. med. dent. Malte Schulz
Fachzahnarzt für Oralchirurgie SSO/SSOS
Dr. med. dent. Michèle Schulz-Katterbach
Eidg. Dipl. Zahnärztin SSO

