



## ÜBERWEISUNG

### Dentoalveoläre Chirurgie

- Zahnextraktion | Osteotomie
- Hemisektion
- Wurzelspitzenresektion
- Kieferhöhlenoperationen
- MAV-Deckung
- Abszessbehandlung
- Zystektomie | Zystostomie
- Traumatologie
- Mundschleimhautveränderung
- Vestibulumplastik | Schlotterkammexzision

### Parodontale Chirurgie

- Systemische Parodontaltherapie
- Chirurgische Parodontaltherapie
- Regenerative Therapie
- Rezessionsdeckung
- Chirurgische Kronenverlängerung

### Diagnostik

- OPG
  - DVT
- 
- Rückruf erbeten
  - neue Überweisungsscheine senden

### Implantologie

- Implantatberatung
- Implantation
  - Gewünschtes System
- Knochenaugmentation
- Sinuslift intern | extern
- Weichgewebsmanagement
- Periimplantitistherapie
- Implantatentfernung
- Socket Preservation
- 3D-Planung

### KFO-Chirurgie

- Freilegung
  - ohne
  - mit Bracketfixierung
- Korrektur von Lippen- und Zungenbändchen
- KFO-Pins | Implantate

### Bitte durchführen in

- Analgosedierung
- Vollnarkose
- lokaler Betäubung
- Lachgas-Sedierung

Name	
Vorname	Geburtsdatum
Adresse	
Krankenkasse	
Versicherten-Nr.	
Vorname und Name des Versicherten, falls abweichend	

Sonstiges | Anmerkungen | Risikoanamnese | etc.

---

---

---

---

Stempel | Unterschrift