

## Patientenangaben

Absender/Praxisstempel/Email

Name	
Straße	
Ort	Telefon
PLZ	Krankenkasse

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

ich überweise den oben genannten Patienten/Patientin zur Durchführung folgender Behandlung:

### Kieferchirurgie

- Entfernung der Weisheitszähne
- Zahntfernung
- Wurzelspitzenresektion
- Zystenentfernung
- Probeentnahme

---

---

### Implantologie (Straumann)

- Implantologische Versorgung regio
- Sinuslift
- Augmentation

---

---

- Ich führe die prothetische Versorgung der Implantate selber durch.
- Die prothetische Versorgung der Implantate soll ebenfalls bei Ihnen erfolgen.

### PA-Behandlung

- Offene PA-Therapie
  - Zeitpunkt der letzten geschlossenen PA-Behandlung
- Regenerative PA-Therapie (Emdogain)
- Rezessionsdeckung

---

---

### Digitale Volumentomographie (Gendex CB500)

- Zur Abklärung von
- Gewünschte Datenübermittlung
  - DICOM-Datensatz mit Viewer auf CD
  - Ich möchte die Auswertung der Röntgenbilder selbst vornehmen und versichere, über die DVT-Fachkunde zu verfügen.

---

### OP Mikroskop (Zeiss OpMi) gestützte Endodontie

- Wurzelkanalrevision
- Wurzelkanalbehandlung
- Wurzelspitzenresektion

---

---

### Anhang

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Röntgenbilder    | <input type="checkbox"/> DVT-Schablone | <input type="checkbox"/> DVT-Aufnahmen |
| <input type="checkbox"/> Parodontalstatus | <input type="checkbox"/> Provisorium   | <input type="checkbox"/> Modelle       |

### Bemerkungen

---

---

---

---

Nach Abschluss der Behandlung bitte ich um Rücküberweisung des Patienten, Rückgabe der mitgegebenen und Übersendung der bei Ihnen erstellten Unterlagen.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Datum/Unterschrift