

ÜBERWEISUNGS-AUFTRAG

Name:

Geb. Datum:

Vorname:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zahntfernung Zahn _____ | <input type="checkbox"/> Plastische Deckung regio _____ | <input type="checkbox"/> Implantat(-beratung) regio _____ |
| <input type="checkbox"/> Entfernung Wurzelrest regio _____ | <input type="checkbox"/> Lippen-/Bändchenplastik _____ | <input type="checkbox"/> Narkosebehandlung _____ |
| <input type="checkbox"/> Abzessinzision _____ | <input type="checkbox"/> Vestibulum-/Tuberplastik _____ | <input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung:
<input type="checkbox"/> OPG <input type="checkbox"/> Kiefergelenke |
| <input type="checkbox"/> WSR Zahn _____ | <input type="checkbox"/> Probeexzision _____ | <input type="checkbox"/> Röntgenbilder wurden mitgegeben |
| <input type="checkbox"/> WSR und WF Zahn _____
<input type="checkbox"/> orthograd <input type="checkbox"/> retrograd | <input type="checkbox"/> offene Kürettage regio _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Zystektomie/-ostomie _____ | <input type="checkbox"/> PAR-Chirurgischer Eingriff regio _____ | Überweiser (Praxisstempel): _____ |
| <input type="checkbox"/> Hemisektion Zahn _____ | <input type="checkbox"/> Rezessionsdeckung regio/Zahn _____ | |
| <input type="checkbox"/> Freilegung Zahn _____ | <input type="checkbox"/> Knochenaugmentation regio _____ | Datum: _____ |