

ÜBERWEISUNGSFORMULAR

Vorname _____

geb. am _____

Nachname _____

Datum _____

WIR BITTE UM DURCHFÜHRUNG FOLGENDER LEISTUNG(EN):

- Röntgen 2D OPG
- Röntgen 3D DVT Fragestellung _____
- Mundschleimhauterkrankungen _____
- Operative Zahntfernung _____
- Zahnfreilegung _____
- WSR/Zyste regio _____ Typ _____
- Operative Korrektur des Prothesenlagers _____
- Abszessbehandlung _____
- Kieferknochenaufbau _____
- PA-Chirurgie _____
- Kiefergelenkstherapie _____
- Entfernung Hautveränderung/Tumore _____
- Kieferorthopädische OP _____
- Sedierung / Narkosebehandlung _____

Sonstiges: _____

- Rückruf gebeten neue Überweisungsvorlagen Visitenkarte

Ihr Termin am _____

dr.dr.unterhuber
Praxisklinik