

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträgerkennung	Versicherten Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

### Überweisung zur Durchführung folgende Leistung/-en

#### Dentoalveoläre Chirurgie

- Zahnextraktion/Osteotomie
- Wurzelspitzenresektion
- Abszessbehandlung
- Mundschleimhautveränderung
- Zystektomie/Zystostomie

#### Implantologie

- Implantatberatung
- Implantatinsertion
- Knochenaugmentation
- Sinuslift

#### Sonstiges

- OPG  DVT
- chirurgische PA
- Freilegung
- KFO-Implantate
- chirurgisch/konservierende Behandlung

Zahnangaben:

Bemerkungen:

Bitte führen Sie den oben genannten Eingriff durch in:

- Analgosedierung
- Intubationsnarkose

### Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bitten Sie für Ihre Erstvorstellung einen Termin unter oben genannter Telefonnummer zu vereinbaren. Zu diesem Termin erfolgt zunächst ein Beratungsgespräch (außer bei einem Notfall).

#### Bitte beachten Sie folgende Punkte:

- Bringen Sie bitte alle Ihre Unterlagen von Ihrem Hauszahnarzt mit (evtl. Medikamentenliste).
- Bitte essen Sie vor dem Eingriff ganz normal.
- Nach dem Eingriff sind Sie fahruntüchtig.
- Sie werden je nach Größe des Eingriffs arbeitsunfähig geschrieben.



Für die Verhaltensregeln nach dem Eingriff scannen Sie bitte den QR-Code ein.

