

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Praxis für Mund-, Kiefer-,  
Gesichtschirurgie, plastische  
Operationen, Implantologie

## Überweisung zur Durchführung folgender Leistung/-en

**Dr. Annett Müller**

**Praxis für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und plastische Operationen**

Ärztehaus Blasewitz

Naumannstraße 3 • 01309 Dresden

Fon 0351-3142386, 3142387 • Fax 0351-3142388

info@mkg-praxis-dresden.de • www.mkg-praxis-dresden.de

### Beratungs- und Öffnungszeiten

Montag, Dienstag und Donnerstag 8 bis 17 Uhr

Mittwoch und Freitag 8 bis 14 Uhr

sowie nach Vereinbarung

### Wegbeschreibung

**H** »Schillerplatz«: Straßenbahnlinie 6, 12 • Buslinien 61, 63, 65, 84 •  
Regionalverkehrslinie 309

**P** direkt am Ärztehaus • die ersten 30 Minuten sind kostenlos •  
Einfahrt zum Parkplatz nur mit EC-Karte möglich • behindertengerechter,  
barrierefreier Zugang

Datum, Unterschrift, Stempel



Röntgendiagnostik  OPG  DVT  Region \_\_\_\_\_

(Verdachts-)Diagnose \_\_\_\_\_

Operative Entfernung /Extraktion Zahn \_\_\_\_\_

Implantatberatung \_\_\_\_\_

Implantation \_\_\_\_\_

gewünschtes System \_\_\_\_\_  alternativ \_\_\_\_\_

geplante Implantatposition (bitte ankreuzen)

8	7	6	5	4	3	2	1	.	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WSA Zahn \_\_\_\_\_

orthograde WF  retrograde WF  Wurzelfüllung präoperativ (Hauszahnarzt)

Zystenbehandlung in reg. \_\_\_\_\_

Freilegung Zahn \_\_\_\_\_  mit Bracketklebung

Abszeßbehandlung in reg. \_\_\_\_\_

Vestibulumplastik/Schlotterkammexzision in reg. \_\_\_\_\_

Parodontalchirurgie \_\_\_\_\_

Lippen-, Zungen-, Wangenbandplastik \_\_\_\_\_

Exostosenabtragung \_\_\_\_\_

Probeexzision/Tumorentfernung \_\_\_\_\_

Beurteilung Mundschleimhaut in reg. \_\_\_\_\_

Dispensaire Mundschleimhaut erwünscht  erfolgt beim HZA

Entfernung Hauttumor \_\_\_\_\_

ambulante Narkosebehandlung \_\_\_\_\_

ästhetische Gesichtschirurgie (Ober-, Unterlidplastik, Ohranlegeplastik,  
Narbenkorrektur, Faltenbehandlung)

Ergänzungen \_\_\_\_\_

Rückruf erbeten unter \_\_\_\_\_

Erbitten Zusendung  Visitenkarte  Flyer  Überweisungsschein

### Anlage

Modelle  OPG  Zahnfilm  \_\_\_\_\_