

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 und Donnerstag 8 bis 18 Uhr

Dienstag, Mittwoch und Freitag 8 bis 12.30 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 _____

retrograde WF Wurzelfüllung präoperativ (Hauszahnarzt)

Zystenbehandlung in reg. _____

Freilegung Zahn _____

mit Bracketklebung Kette Draht

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, Narbenkorrektur,
Faltenbehandlung)

Ergänzungen _____

Rückruf erbeten unter _____

Erbitten Zusendung Visitenkarte Flyer Überweisungsschein

Anlage

Modelle OPG Zahnfilm _____