

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| 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

Telefon 0351. 314037037 • Fax 0351.31286784

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

Beratungs- und Öffnungszeiten

Montag bis Mittwoch 8 – 12:30 und 13:30 – 18 Uhr,

Donnerstag 8 – 12:30 und 13:30 – 16 Uhr, Freitag 8 – 12 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 _____