

Überweisung

Patient:.....

Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

Praxisstempel:

Ihr Behandlungswunsch:

- **Behandlung in ITN Kinder und Erwachsene**.....
- Osteotomie/ Entfernung Zahn/Wurzel regio.....
- Entfernung Fremdkörper Kieferhöhle.....
- Implantation/ Beratung regio.....
- Entfernung Implantat.....
- Knochenaugmentatio (Sinuslift, Blocktransplantat).....
- Wurzelspitzenresektion regio.....
 - Orthograde WF.....
 - Retrograde WF.....
- Zystektomie regio.....
- Abszeßbehandlung.....
- Kieferorthopädische OP
 - Zahn freilegen.....
 - Bracket kleben.....
 - Chir. Gaumennahterweiterung.....
 - KFO-Implantate.....
- Zahnfleisch-/Weichgewebsplastik.....
- MAV-Verschluß.....
- Sonstiges.....

- Rückruf erbeten.....