

**PATIENT\*IN:** .....

Datum: .....

Geboren am: .....

Zahn/Zähne/Regio: .....

## ÜBERWEISUNG ZUR DURCHFÜHRUNG FOLGENDER LEISTUNG/-EN:

### Dentoalveoläre Chirurgie

- Zahnextraktion/Osteotomie
- Wurzelspitzenresektion
- Abszessbehandlung
- Therapie von Zysten
- Therapie von Mundschleimhautveränderung
- Therapie von Speicheldrüsenerkrankung
- MAV-Deckung
- Präprothetische Chirurgie
- Vestibulumplastik
- Sonstiges: .....

### Periimplantitistherapie

- Regio: .....

### Implantologie

- Implantatberatung
- Implantatsystem
- Weichgewebemanagement
- Socket Preservation
- Implantatentfernung
- Sonstiges: .....

### KFO-Chirurgie

- Freilegung
- Freilegung mit Attachment
- Lippenband
- Zungenband
- KFO-Miniimplantat
- Sonstiges: .....

### Parodontologie

- Chirurgische PA-Therapie
- Rezessionsdeckung
- Bindegewebstransplantat
- Freies Schleimhauttransplantat
- Sonstiges: .....

### Diagnostik

- OPG
- DVT

### Risikoanamnese

- Sonstiges: .....
- Anmerkungen: .....

## Bitte führen Sie den oben genannten Eingriff durch in:

- Lokalanästhesie
- Analgosedierung
- Vollnarkose

### Weiteres:

- Rückruf erbeten
- Überweisungsvorlagen senden
- Visitenkarten senden

Überwiesen durch (Stempel):

### ÖFFNUNGSZEITEN

Mo – Do 8:00–13:00 Uhr & 14:00–18:00 Uhr  
Fr 8:00–13:00 Uhr

### TELEFON

0391 99 00 20 20

### FAX

0391 99 00 20 29

### E-MAIL

praxis@L12-Zahnmedizin.de

### WEBSEITE

L12-Zahnmedizin.de