



KLINIK UND POLIKLINIK FÜR
MUND-, KIEFER- UND
GESICHTSCHIRURGIE - INNENSTADT



Überweisung

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Überweisungsdatum: _____

Region: _____

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

Kieferchirurgie

- ☐ Traumatologie
- ☐ Dysgnathie
- ☐ Abszessbehandlung
- ☐ Schleimhautveränderungen
- ☐ Kiefergelenk

Implantologie & Augmentation

- ☐ Implantation
- ☐ Augmentation
- ☐ Periimplantitis – Therapie
- ☐ Chirurgische PA Therapie
- ☐ Rezessionsdeckung

Knochenerkrankungen und MRONJ

- ☐ Therapieübernahme

Oralchirurgie

- ☐ Weisheitszahnentfernung
- ☐ Zahnentfernung
- ☐ Wurzelspitzenresektion (WSR)
- ☐ Zahnfreilegung
- ☐ Kieferorthopädisches Implantat

Tumorerkrankungen

- ☐ Therapieübernahme
- ☐ Probenentnahme

Gesichtschirurgie & Ästhetik

- ☐ Entfernung Hautveränderung
- ☐ Narbenkorrektur
- ☐ Faltenbehandlung & Konturierung

Bemerkungen

Überweiser / Praxisstempel
