

ÜBERWEISUNG

Oralchirurgie



Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Überweisungsdatum _____

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

Bitte um:

- Implantatberatung/Implantation
- Sinuslift
- Kieferaugmentation
- Periimplantitisbehandlung
- Extraktion/ Osteotomie
- Chirurgische Freilegung
- Mobilisationselement kleben
- Sonstiges
- Wurzelspitzenresektion
 - mit retrograder Wurzelfüllung
 - mit orthograder Wurzelfüllung
- Kinderzahnheilkundliche Sanierung in Vollnarkose
- Behandlung in Vollnarkose/ Analgosedierung
- (DVT) Digitale Volumetomographie

Praxisstempel/Unterschrift

Ihr Weg zu uns:



Gassenäckerstraße 3
68775 Ketsch

T 06202 6953 100
F 06202 6953 170

M zahnmedizin@fidesklinik.de
W www.fidesklinik.de