



**Überweisung zum Fachzahnarzt für Oralchirurgie**

Patient Frau/Herr/Kind \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Versicherter \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
 Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail \_\_\_\_\_  
 privat \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

**Bitte um Durchführung folgender Leistungen :**

- Extraktion Zahn/Zähne \_\_\_\_\_
- Osteotomie Zahn/Zähne \_\_\_\_\_
- WSR Zahn/Zähne \_\_\_\_\_
- Implantation
  - Beratung regio \_\_\_\_\_
  - Planung regio \_\_\_\_\_
  - Therapie regio \_\_\_\_\_
- chirurgische PA Therapie Zahn/Zähne \_\_\_\_\_
- Freilegung Zahn/Zähne \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift, Praxisstempel \_\_\_\_\_