

Name, Vorname des Versicherten _____

geb. am _____

Kassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____

Vertragsarzt _____ VK gültig bis _____ Datum _____



ZAHNARZT • MASTER OF SCIENCE IMPLANTOLOGIE

Bürgerzentrum Burgkirchen

Max-Planck-Platz 12

84508 Burgkirchen

Tel.: 08679 911154

Fax: 08679 9111355

www.dr-minea-implantologie.de

ÜBERWEISUNG

Implantatberatung /-versorgung _____

Augmentation _____

Vestibulumplastik _____

Gesteuerte Knochenregeneration (GBR) _____

Weichgewebsmanagement (GTR) _____

Freilegung (Zahn/Implantat) _____

Wurzelspitzenresektion mit retrograder Aufbereitung _____

Sonstiges _____

Röntgenunterlagen

wurden angefertigt und werden zugesendet/mitgegeben

bitte bei Ihnen anfertigen und zusenden

Behandlung in Vollnarkose/Sedierung:

Bemerkungen:

Überweiser Stempel: