

Überweisungsbogen



Patient: _____

Besonderheit Anamnese: _____

Diagnose: _____

Geplante zahnärztliche Therapie: _____

Gewünschte kieferchirurgische Therapie

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Implantation/ Beratung Regio | gewünschtes System: |
| <input type="checkbox"/> Odontogene Infektionen/Abszess | <input type="checkbox"/> Extraktion/Osteotomie |
| <input type="checkbox"/> WSR | <input type="checkbox"/> Kieferhöhlenrevision |
| <input type="checkbox"/> Oralchirurgische Sanierung vor Transplantation/Radiatio/Bisphosphonattherapie | |
| <input type="checkbox"/> Beurteilung Schleimhautveränderung | <input type="checkbox"/> Präprothetische Weichgewebschirurgie |
| <input type="checkbox"/> Freilegung Zahn | <input type="checkbox"/> Frenektomie |
| <input type="checkbox"/> Zahntrauma | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Gewünschte Gesichtschirurgische Therapie

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> Hauttumor |
|-----------------------------------|------------------------------------|

Bildgebung

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> OPG | <input type="checkbox"/> ZF | <input type="checkbox"/> DVT |
| <input type="checkbox"/> bringt Patient mit | <input type="checkbox"/> wird per Email zugeschickt | <input type="checkbox"/> Röntgen erwünscht |

Weitere Bemerkungen:

Mit kollegialen Grüßen

Datum

Unterschrift

Stempel