



ÜBERWEISUNGSFORMULAR

PATIENT/IN

CHIRURGIE

ENTFERNUNG ZAHN

WURZELSPITZENRESEKTION ZAHN

ZYSTENBEHANDLUNG REGIO

KIEFERGELENKBEHANDLUNG

BEURTEILUNG MUNDSCHLEIMHAUT REGIO

ABSZESSBEHANDLUNG

PA

FREILEGUNG ZAHN

MIT BRACKETKLEBUNG OHNE BRACKETKLEBUNG

SONSTIGES

LA SEDIERUNG VOLLNARKOSE

BILDGEBUNG

OPG

FRAGESTELLUNG

IMPLANTATE

BERATUNG

INSERTION GELPLANT REGIO

IMPLANTATSYSTEM

NOTIZ

PRAXISSTEMPEL & DATUM