

Name der Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



Zahnheilkunde & Implantologie  
Dr. Christoph Manger MSc mult.

Kronenweg 82 50389 Wesseling  
Telefon: 02236 / 71 00 20  
www.zahnarzt-wesseling.de  
post@zahnarzt-wesseling.de

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Oralchirurgische Überweisung

Bitte alle relevanten Röntgenbilder mitgeben oder mailen, die nicht älter als 2 Jahre sind.

Wir überweisen Ihnen den oben genannten Patienten mit der Bitte um folgende Therapie:

### Chirurgie

- Entfernung nicht erhaltungswürdiger Zähne Zahn: \_\_\_\_\_
  - Patient über Nichterhaltungswürdigkeit oben genannter Zähne aufgeklärt:  JA  NEIN
  - In oben genannter Region sind Implantate geplant:  JA  NEIN
- Entfernung der dritten Molaren (8er) Zahn: \_\_\_\_\_
- Wurzelspitzenresektion Zahn: \_\_\_\_\_
- Vestibulumplastik Regio: \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Implantologie

- Implantation Regio: \_\_\_\_\_
  - Gewünschtes Implantat-System:  Straumann  Neoss
  - Patient bitte zurück mit:  Abdeckschraube  Gingivaformer
- Sinuslift Regio: \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Ergänzende Angaben zu Anamnese, Befund, Diagnose oder Therapie:

---



---