

ÜBERWEISUNGS-AUFTRAG

Patient		Überweisende Praxis	
Nachname	geboren am	Praxis-Stempel	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Vorname			
<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	Name des Arztes	
Bemerkungen:		Narkose:	
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> i.v. Sedierung	
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> ITN	
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> LA	

Tetanus-Schutz: ja nein

Notfallbehandlung

Abszeß Nachblutung Schmerzen Trauma Fraktur andere:

Implantatberatung/Implantation

Regio Knochenaufbau Astra
 festsitzend Weichgewebesaufbau Camlog
 herausnehmbar Sinuslift rechts/links anderes:

Weisheitszahnentfernung

18 28 38 48

Operative Zahnentfernung

.....

Wurzelspitzenresektion

.....

Konsil. Röntgenuntersuchung – DVT

OK UK
 NNH

Diagnostische Abklärung

Schmerzen Raumforderung Fokussuche Kieferhöhle
 Mundschleimhautveränderung parodontale Keimbildung
 Frakturausschluss

Parodontalchirurgie

Lippenbändchen
 Zungenbändchen
 Vestibulumplastik
 andere

Kieferorthopädie

Zahnfreilegung
 Zahntransplantation
 KFO-Miniimplantat