DR. ANDREAS MEYER MVZ
Implantologie | Oralchirurgie
Mund-, Kiefer – und Gesichtschirurgie

Überweisung

Patient: ..... Geb.Datum: ___.___._____

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Ich bitte um Vornahme folgender Leistungen:

Zahnärztliche Chirurgie

- ❑ Wurzelspitzenresektion .....
- ❑ Osteotomie / Extraktion .....
- ❑ Zystektomie regio .....
- ❑ Abzesseröffnung regio .....
- ❑ Schmerzen regio .....
- ❑ Focussuche .....
- ❑ Freilegung Zahn .....
- ❑ Schleimhautbeurteilung regio .....
- ❑ Behandlung Angstpatienten
- ❑ Behandlung Kinder in Narkose

Implantate Regio .....

- ❑ Knochenaufbau .....
- ❑ Periimplantitistherapie .....
- ❑ geplanter Zahnersatz .....

Parodontal-Chirurgie Regio .....

- ❑ Weichgewebsaufbau/pontic · Rezessionsdeckung/FST
- ❑ Parodontalbehandlung · Chirurg. Taschenbeseitigung (Lappen-OP)
- ❑ Knochenaufbau .....

Eingriff in

- ❑ Sedierung ambulant
- ❑ ITN ambulant

Röntgenaufnahmen

	Beiliegend	Bitte anfertigen
❑ Orthopantomogramm	❑	❑
❑ Zahnfilm	❑	❑
❑ DVT	❑	❑

- ❑ an: **hameln@meyer-implantologie.de** gemailt
- ❑ per Post versandt
- ❑ Patient mitgegeben

Bemerkungen

- ❑ Telefonische Rücksprache nach Beratungstermin
- ❑ Telefonische Rücksprache vor Beratungstermin

Deisterstraße 20 · 31785 Hameln
(im Ärztezentrum Monopol, 1. OG)
Tel. +49 (0) 5151 / 9145 666
Fax +49 (0) 5151 / 9145 665
hameln@meyer-implantologie.de
www.meyer-oralchirurgie.de

Haut / Gesicht

- ❑ Beurteilung
- ❑ Probeexzision
- ❑ Tumorentfernung
- ❑ plastische Operation

Überweisender Arzt

Datum:

Sonstiges / Bemerkungen