

## Überweisungsformular: Oralchirurgie

### Patientendaten:

Vorname, Name: .....

geb. am: .....

Versicherung: .....

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Telefon: .....

*Praxisstempel und Unterschrift*

### Ziel

- Beratung  
 Behandlung

### Kommunikation

- Vorherige telefonische Rücksprache erbeten  
 Abschließender Arztbrief erbeten

### Oralchirurgie

> Regio .....

- Zahn- / Weisheitszahnentfernung  
 Zystektomie  
 Wurzelspitzenresektion  
     ohne       mit retrograder Wurzelfüllung  
 Zahnfreilegung  
     mit       ohne Befestigung (KFO)-Bracket  
 Lippen- / Zungenbandplastik  
 Probeentnahme PE

### Diagnostik

> Regio .....

- digitale Röntgenaufnahmen  
 digitales OPT (Datensätze auf CD)  
 digitales Volumentomogramm (DVT)  
(DICOM Datensätze auf CD mit Viewer)

### Anästhesie

- lokale Anästhesie  
 Sedierung (Anästhesist)  
 Intubationsnarkose ITN (Anästhesist)

### Bemerkungen

.....