

Liebe Patientin, lieber Patient,
 bitte vereinbaren Sie für ein erstes **Beratungsgespräch**
telefonisch einen Termin in unserer Praxis.
 Bringen Sie zu Ihrem Beratungstermin bitte folgende
 Unterlagen mit:

- Ihre **Versicherungskarte**
- **Vorhandene Unterlagen**
 (Röntgenbilder, Medikamentenliste,
 Arztbriefe, Allergiepass, Marcumarpass)

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!



mindeldental

Zentrum für Oralchirurgie

Edmund-Zimmermann-Str. 2
 86470 Thannhausen
 Tel.: 08281.99 09 965
 Fax: 08281.99 90 060
 chirurgie@mindeldental.de
 www.mindeldental.de

Überweisung

Patient*in	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Diagnostik	
<input type="checkbox"/> DVT-Diagnostik	Regio
<input type="checkbox"/> OPG-OPT	
Extraktion • Osteotomie	
<input type="checkbox"/> Entfernung Zähne	Regio
Zahnerhaltende Chirurgie	
<input type="checkbox"/> Wurzelspitzenresektion WSR	Regio
<input type="checkbox"/> Freilegung Zahn	
Anschlingung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Implantologie	
<input type="checkbox"/> Implantatberatung & Planung	Regio
<input type="checkbox"/> Implantation	
Gewünschtes System • Alternative	
Geplante Implantatposition	
<input type="checkbox"/> Knochenaufbau	

Sonstiges		Regio
<input type="checkbox"/> Abklärung eines unklaren Befundes		
<input type="checkbox"/> Beurteilung Mundschleimhaut		
<input type="checkbox"/> Probeexzision		
<input type="checkbox"/> Entfernung Schleimhautveränderung		
<input type="checkbox"/> MAV-Deckung		
<input type="checkbox"/> Zystenbehandlung		
<input type="checkbox"/> Abszessbehandlung		
<input type="checkbox"/> Präprothetischer Eingriff		
<input type="checkbox"/> Lippen-, Zungen-, Wangenplastik		
Bemerkungen		
Bitte um Rückruf unter Telefonnr.		
Erbitte Zusendung		
<input type="checkbox"/> Visitenkarten		
<input type="checkbox"/> Überweisungsscheine		
Praxisstempel & Unterschrift		