

**ÜBERWEISUNG Patient:**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Überweisungsdatum: \_\_\_\_\_

**MIT BITTE UM**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Extraktion / Osteotomie          | <input type="checkbox"/> MAV-Deckung          | <input type="checkbox"/> Dysgnathie-OP-Beratung    |
| <input type="checkbox"/> Wurzelspitzenresektion WSR       | <input type="checkbox"/> Vestibulumplastik    | <input type="checkbox"/> Tumordiagnostik/-therapie |
| <input type="checkbox"/> Implantatberatung / Implantation | <input type="checkbox"/> Bindegewebsstranspl. | <input type="checkbox"/> Narbenkorrektur           |
| <input type="checkbox"/> Augmentation / Sinuslift         | <input type="checkbox"/> Rezessionsdeckung    | <input type="checkbox"/> Basaliom-Entfernung       |
| <input type="checkbox"/> Chirurgische Freilegung          | <input type="checkbox"/> Probeentnahme PE     | <input type="checkbox"/> Ästhetische Chirurgie     |
| <input type="checkbox"/> Chirurgische PAR-Behandlung      | <input type="checkbox"/> DVT                  | <input type="checkbox"/> Botulinumtoxin und Filler |
| <input type="checkbox"/> Abszeß-Inzision                  | <input type="checkbox"/> Schmerztherapie      | <input type="checkbox"/> Frakturbehandlung         |

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte um Rückruf: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Praxisstempel / Unterschrift \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient:

*bitte vereinbaren Sie telefonisch einen Termin in unserer Praxisklinik für MKG- und ästhetische Chirurgie und informieren Sie uns über Ihre Zuweisung.*

*Bringen Sie zu Ihrem Termin bitte folgende Unterlagen mit:*

*- Ihre Versicherungskarte*

*- Vorhandene Unterlagen wie Röntgenbilder, Medikamentenliste, Allergiepass, Arztbericht*

*Wir freuen uns auf Ihren Besuch*