



ÜBERWEISUNG

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Überweisungsdatum: _____

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MIT BITTE UM:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Implantation | <input type="checkbox"/> Mukogingivale Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Extraktion/Osteotomie | <input type="checkbox"/> Vestibulumplastik |
| <input type="checkbox"/> Wurzelspitzenresektion WSR | <input type="checkbox"/> Plastische KH-Deckung |
| <input type="checkbox"/> Augmentation | <input type="checkbox"/> Probeentnahme PE |
| <input type="checkbox"/> Chirurgische Freilegung | <input type="checkbox"/> Schmerzdiagnostik |
| <input type="checkbox"/> Chirurgische PAR-Behandlung | <input type="checkbox"/> Laser (PDT) |
| <input type="checkbox"/> Inzision | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> DVT | |

Bemerkungen: _____

Praxisstempel / Unterschrift _____

Bitte um Rückruf

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Zahnarzt hat Sie bereits über den Grund des operativen Eingriffs informiert. In der Regel werden der genaue Hergang und die möglichen Risiken in unserer Praxis mit Ihnen besprochen und ein gesonderter OP-Termin vereinbart. In Ausnahmefällen kann ein OP-Termin auch telefonisch vereinbart werden.

1. Bringen Sie bitte vorhandene Unterlagen von Ihrem Arzt/Zahnarzt (Röntgenbilder/Befunde etc.) zum Beratungsgespräch mit.
2. Mit modernen Medikamenten ist fast jeder Eingriff in örtlicher Betäubung unter Schmerzfreiheit durchzuführen. Bitte essen Sie vor einer örtlichen Betäubung ganz normal.
3. Nach dem Eingriff dürfen Sie nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.
4. Sie werden je nach Größe des Eingriffs arbeitsunfähig geschrieben. Bitte besprechen Sie dies vorher mit Ihrem Arbeitgeber.

