



_____, geb. _____
(Patientenname)

Bei meinem o.g. Patienten bitte ich um folgende Leistung:

Beratung Behandlung

Fragestellung: _____
Rücksprache erbeten

Bitte führen Sie folgende Behandlung(en) bzw. Behandlungsschritte bei meinem o.g. Patienten durch:

Für Rückfragen erreichen Sie mich unter Tel.: _____ Praxisstempel:

- Entfernung folgender Zähne
- Zahnfreilegung
- Zahnsanierung in ITN

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

- Entfernung folgendes überzähligen Zahnes: _____
- Wurzelspitzenresektion _____ mit orthograder WF mit retrograder WF
- Parodontalchirurgie:
- präprothetischer Eingriff: _____
- Knochenaufbau regio: _____
- Zystektomie regio: _____
- Untersuchung und Therapie von Kiefergelenkbeschwerden
- Fokussuche _____
- Traumatologie / Unfall _____
- Begutachtung _____
- Abklärung eines unklaren Befundes regio: _____
- Kieferorthopädische Fragestellung: _____
- Narbenkorrektur
- Botulinumtoxin / Filler
- Sonstiges: _____

- Behandlung in Vollnarkose Lokalanästhesie

- Röntgenuntersuchung
 OPG DVT

- Ich möchte bei der chirurgischen Behandlung des Patienten hospitieren (Termin nach Rücksprache)

Datum: _____

Unterschrift: _____