



DIE ORALCHIRURGIE & IMPLANTOLOGIE

AN DER ALTEN MOLKEREI

Überweisung für folgende Leistung

Vorname	Name	Geburtsdatum
---------	------	--------------

- ☐ WSR
- ☐ Osteotomie (OST)
- ☐ Implantation_____

Implantat-System: _____

Mini-Implantatsystem (KFO) _____

- ☐ A-Behandlung
- ☐ Freilegen / Bracket kleben _____
- ☐ DVT
- ☐ Schleimhaut _____

Bemerkung: _____

Röntgenbilder vorhanden (OPG / DVT): ja ☐ nein ☐

Schlafmedizinische Überweisung

UKPS gewünscht: ja ☐ nein ☐

Befunde vorhanden: ja ☐ nein ☐

AHI / Befund: _____

Behandler: _____

Praxisstempel