

Auftrag zur Behandlung des Patienten

Geb. *

Bitte händigen Sie dem o. g. Patienten die aktuellen Röntgen-Aufnahmen aus.

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

Zahnärztliche Chirurgie:

Zahn/Regio

<input type="checkbox"/>	MAV-Deckung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Kronenverlängerung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Lappen-OP / off. Kürettage	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ex/Ost	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Präprothetische Chir./ Vestibulum-Plastik	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Schleimhauttransplantat	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Rezessionsdeckung	<input type="text"/>

Implantologie:

Regio

<input type="checkbox"/>	Knochenaufbau	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Alveolarkammextension / Augmentation	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Periimplantitis-Therapie	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Sinusboden Elevation	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Implantat-Beratung / Insertion	<input type="text"/>

Endodontie:

Zahn

<input type="checkbox"/>	Revision	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Wurzelspitzenresektion	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Hemisektion	<input type="text"/>

Funktionsdiagnostik:

Beratung / Sonstiges

<input type="checkbox"/>	CMD	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Bruxismus	
<input type="checkbox"/>	Trauma	

KFO:

Zahn

<input type="checkbox"/>	Freilegung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Entfernung Zahn	<input type="text"/>

 Datum/Unterschrift/Praxisstempel

Nach Eingangsdagnostik bitte ich um konsiliarische Rücksprache sowie um sofortige Rücküberweisung nach abgeschlossener Therapie.

