

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"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- MAV-Deckung
- Kronenverlängerung
- Lappen-OP / off. Kürettage
- Ex/Ost
- Präprothetische Chir./ Vestibulum-Plastik
- Schleimhauttransplantat
- Rezessionsdeckung

Implantologie:

Regio

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- Knochenaufbau
- Alveolarkammextension / Augmentation
- Periimplantitis-Therapie
- Sinusboden Elevation
- Implantat-Beratung / Insertion

Endodontie:

Zahn

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- Revision
- Wurzelspitzenresektion
- Hemisektion

Funktionsdiagnostik:

Beratung / Sonstiges

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- CMD
- Bruxismus
- Trauma

--

KFO:

Zahn

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- Freilegung
- Entfernung Zahn

 Datum/Unterschrift/Praxisstempel

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

