

## ÜBERWEISUNG

Name des/der Patienten/-in \_\_\_\_\_

### Überweisungsgrund

- Untersuchung  
 Operation  
 Lokalanästhesie     Analgosedierung     Narkosebehandlung

### Kiefergelenke

- Schienenbehandlung

### Kieferfehlstellungen

- Gaumennahterweiterung  
 Kieferumstellung     Oberkiefer     Unterkiefer

### Kieferchirurgie

- Zahnentfernung  
 Freilegung  
 Wurzelspitzenresektion  
 Parodontosebehandlung  
 Präprothetische Chirurgie  
 Neubildung Schleimhaut
- Zahn/Zähne:** \_\_\_\_\_  
 Weisheitszahnentfernung  
 mit Bracketklebung (Bracket anbei)     ohne Bracketklebung  
 Wurzelfüllung vorhanden  
 Wurzelfüllung intraoperativ     Orthograd     Retrograd  
 Kürettage     Aufbau mit Emdogain  
 Vestibulumplastik     Schlotterkamm  
 Region \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Gesichtschirurgie/Hautchirurgie

- Neubildung     unbekannte Art     Histologisch gesichert (Befund anbei)

Für Zahnimplantate ist ein zweiter Bogen hinterlegt

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel