



DR. MED.

# ANDREAS HIELSCHER

MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE  
IMPLANTOLOGIE · PARODONTOLOGIE

Patient:

Praxisstempel:

Name:

Vorname:

Geboren:



## Überweiserformular

- Wurzelspitzenresektion am Zahn: \_\_\_\_\_  
Retrograde WF \_\_\_\_\_  
Orthograde WF \_\_\_\_\_ bereits trepaniert  ja  nein
- Entfernung des Zahnes: \_\_\_\_\_
- Freilegung des Zahnes: \_\_\_\_\_
- Abtragung von Exostosen regio: \_\_\_\_\_
- Zysten-OP regio: \_\_\_\_\_
- Abszessbehandlung: \_\_\_\_\_
- MAV-Verschluss regio: \_\_\_\_\_
- Kieferhöhlenrevision: \_\_\_\_\_
- Vestibulumplastik/Mundbodenplastik/Tuberplastik: \_\_\_\_\_
- Lippen-/Zungenplastik: \_\_\_\_\_
- Probeexcision regio: \_\_\_\_\_
- Speichelsteinentfernung: \_\_\_\_\_
- Chirurgische PA-Behandlung: \_\_\_\_\_
- gesteuerte Gewebe-, Knochenregeneration: \_\_\_\_\_
- Knochenaugmentation regio: \_\_\_\_\_
- Implantatberatung/Implantatsetzung regio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Tumorentfernung: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Ambulante Narkose: \_\_\_\_\_

Sollen wir den Patienten auf sinnvolle/notwendige Behandlungen hinweisen, die Sie gerne durchführen würden?

(z. B.: PZR, Bleaching, Kronen, Inlays, Cerec, Keramiken, PA ...)

