

# Überweisung

## Patientendaten

|         |          |
|---------|----------|
|         |          |
| Vorname | Nachname |

|                           |  |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|--|
|                           |  |  |  |  |  |
| Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ) |  |  |  |  |  |

## Wir bitten um Vornahme folgender Leistung

### Dentoalveoläre Chirurgie

- Zahntfernung .....
- operative Zahntfernung .....
- operative Zahntfernung + Zystektomie .....
- apikale Sanierung – Wurzelspitzenresektion .....
- Freilegung eines Zahnes/der Zähne .....
- Parodontalchirurgische Eingriffe regio .....
- Zungenbandkorrektur                       Lippenbändchen                       Narbenkorrektur

### Implantologie

- Implantat regio ..... Implantatsystem .....
- Vestibulumplastik regio .....
- Augmentation regio .....

### Traumatologie

- Zahnfraktur     Weichteilverletzung

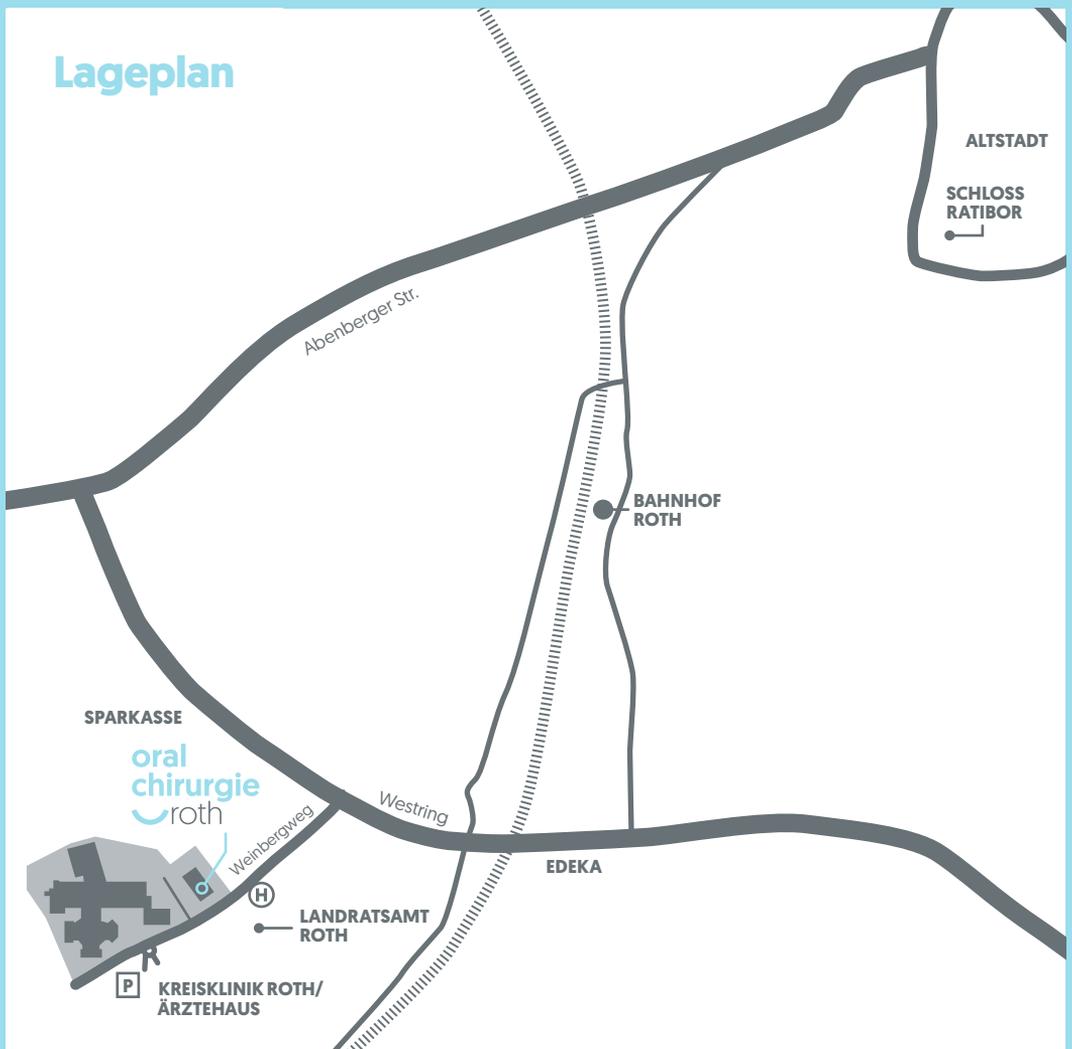
### Anfertigung einer Röntgenaufnahme

- Orthopantomogramm
- DVT                       Oberkiefer                       Unterkiefer                       Sonstiges .....

### Sonstiges

- unklare Veränderung der Schleimhaut/Lippe/Gesicht .....
- V.a. Neuralgie .....
- V.a. dysfunktionelle Myoarthropathie .....
- V.a. Kiefergelenksbeschwerden .....
- .....

## Lageplan



## Anfahrt

Unsere Praxis befindet sich im **Ärztehaus 2 im 2. Obergeschoss**, direkt an der Kreisklinik Roth. Dort steht Ihnen eine **große Anzahl an Parkplätzen zur Verfügung**.

Die Anfahrt mit dem öffentlichen Nahverkehr ist ebenso möglich. Direkt vor der Klinik, an der Bushaltestelle „Roth Kreisklinik“, halten die Buslinien **605, 608 und 682**.