Praxis Schubert & Blochberger
Zahnmedizin | Oralchirurgie BAG

Überweisungsformular Oralchirurgie

Anke Blochberger · Fachzahnärztin für Oralchirurgie ·
Bleichstraße 2 · 02730 Ebersbach-Neugersdorf ·
✆ 03586 - 45 49 40 ✉ blochberger@zahnmed-ebersbach.de ·

1. PATIENTENDATEN

Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Telefon: _____	E-Mail: _____

2. GEWÜNSCHTER BEHANDLUNGSAUFTRAG

☐ Konsultation · Beratung & Befundung	☐ Zahn- und Weisheitszahnentfernungen
☐ Implantologische Beratung / Behandlung	☐ Hemisektionen
☐ Knochenaufbau	☐ Kortikotomie
☐ Weichgewebsmanagement	☐ Mundschleimhauterkrankungen
☐ Zysten / Kiefererkrankungen	☐ Lippen- und Zungenbändchen
☐ Wurzelspitzenresektion ☐ retrograde Füllung	☐ Präprothetische Chirurgie
☐ Chirurgische Parodontitistherapie	☐ Entzündungen / Abszesse
☐ Freilegung verlagerter Zähne ☐ Anschlingung	☐ Periimplantitistherapie

☐ Rückruf erbeten ☐ Nachsorge erfolgt in unserer Praxis

ZAHNKREUZ – betroffene Zähne markieren

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 betroffene Region: _____

48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 andere Zähne: _____

3. DIAGNOSTIK & RÖNTGEN

(Aktuelles) Röntgenbild vom _____ ☐ liegt bei ☐ wurde digital übermittelt

☐ Bitte um Neuaufnahme · erweiterte Diagnostik

4. ANAMNESE / BESONDERE HINWEISE

☐ Antikoagulanzien ☐ Bisphosphonate · Denosumab ☐ Schwangerschaft ☐ Tumor · Bestrahlung · Chemo

Bemerkungen · Wünsche: _____

_____

_____

5. ÜBERWEISERPRAXIS

Datum · Unterschrift: Praxisstempel