

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt Nr.	VK gültig bis	Datum



ELBDENTAL

IHRE ZAHNÄRZTIN AN DER ELBE

Überweisungsformular für Ihre gewünschten Leistungen:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entfernung Zahn _____ | <input type="checkbox"/> Behandlung Risikopatient _____ | <input type="checkbox"/> Implantatberatung |
| <input type="checkbox"/> WHZ Osteotomie _____ | <input type="checkbox"/> PA-Therapie _____ | <input type="checkbox"/> Implantation regio _____ |
| <input type="checkbox"/> WSA Zahn _____ | <input type="checkbox"/> Vestibulumplastik / Schlotterkammexcision regio _____ | <input type="checkbox"/> Knochenaugmentation |
| <input type="checkbox"/> orthograd <input type="checkbox"/> retrograd | <input type="checkbox"/> Lippen-/ Wangen-/ Zungenbandplastik regio _____ | <input type="checkbox"/> Implantatsysteme |
| <input type="checkbox"/> Zystenbehandlung regio _____ | <input type="checkbox"/> Behandlung Kiefergelenk/ Myoarthropthie/ Dysfunktion _____ | <input type="checkbox"/> Straumann |
| <input type="checkbox"/> Freilegung Zahn _____ | <input type="checkbox"/> Schleimhautveränderung/ PE/ Tumorentfernung regio _____ | <input type="checkbox"/> Camlog |
| <input type="checkbox"/> Bracket kleben _____ | <input type="checkbox"/> Excision Hautveränderung _____ | <input type="checkbox"/> andere _____ |
| <input type="checkbox"/> MAV-Verschluss _____ | <input type="checkbox"/> Behandlung Verletzung _____ | |
| <input type="checkbox"/> Abzessincision _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |
| <input type="checkbox"/> Fokussuche _____ | | |

Überwiesen durch (Stempel):

Bitte führen Sie den oben genannten Eingriff durch in:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Analosedierung | <input type="checkbox"/> Vollnarkose | |
| <input type="checkbox"/> Rückruf erbeten | <input type="checkbox"/> Visitenkarten senden | <input type="checkbox"/> Neue Überweisungsvorlagen senden |