

# KLIEMEDGENBERG

## ORALCHIRURGIE

### ÜBERWEISUNG

// NAME \_\_\_\_\_ DATUM \_\_\_\_\_

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Bitte führen Sie nur folgenden Auftrag durch:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Praxisstempel / Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte um Rückruf \_\_\_\_\_

// ZAHNENTFERNUNG \_\_\_\_\_

// WURZELSPITZENRESEKTION  mit orthograde Wurzelfüllung  mit retrograde Wurzelfüllung

### // IMPLANTOLOGIE

Prothetisches Ziel: \_\_\_\_\_

Lokalisation und Anzahl: \_\_\_\_\_

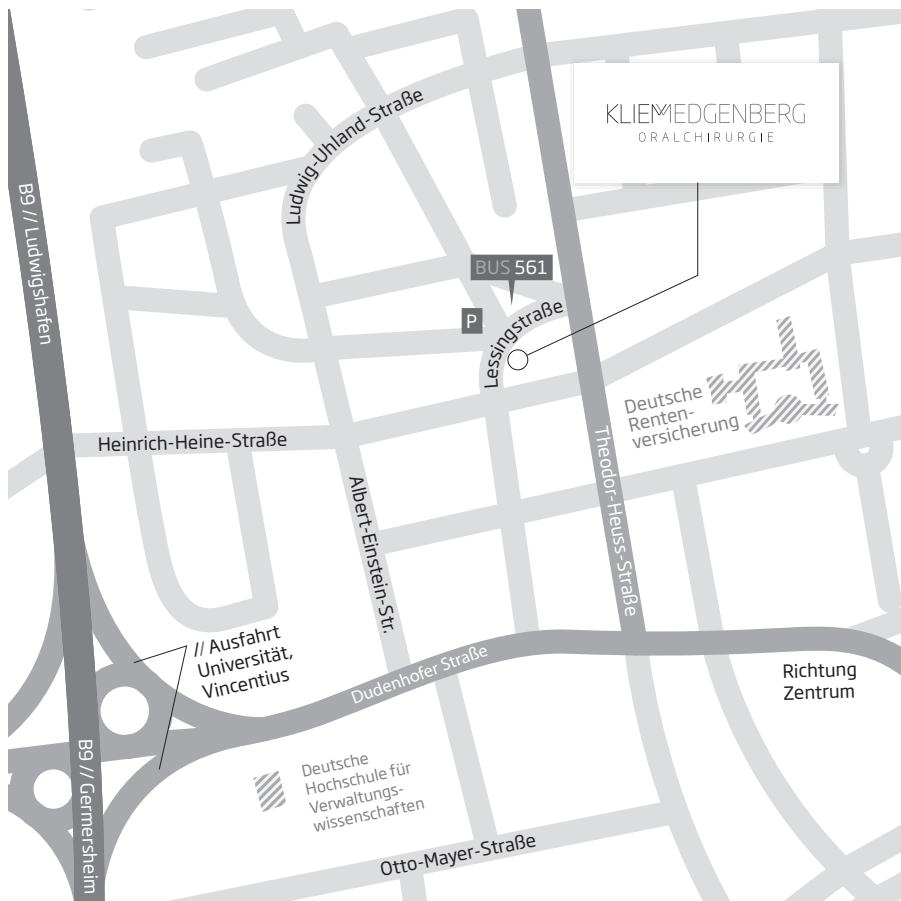
Implantatsystem: \_\_\_\_\_

### // DVT

Fragestellung: \_\_\_\_\_

DVT Datensatz m. Viewer auf CD  Ich verfüge über d. DVT-Fachkunde um d. Befundung selbst vorzunehmen

// SONSTIGES \_\_\_\_\_



#### ANFAHRT MIT DEM AUTO

// B9 Richtung Speyer // Ausfahrt Universität, Vincentius auf die Dudenhofer Straße  
// 2. Ampel links in die Theodor-Heuss-Straße // 3. Straße links in die Lessingstr. 2

#### ÖFFENTLICHE VERKEHRSMITTEL

// Am Hauptbahnhof mit dem Bus 561 Richtung Postplatz - Holzstraße  
// Haltestelle Lessingstraße aussteigen

#### ZU IHRER INFORMATION

Wir verstehen uns als Partner ihres Hauszahnarztes. Daher führen wir ausschließlich Behandlungen in dessen Auftrag durch.