



Name, Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Kassen-Nr. \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_ Status \_\_\_\_\_

Vertragsarzt _____	VK gültig bis _____	Datum					
--------------------	---------------------	-------	--	--	--	--	--

# ÜBERWEISUNG

- Entfernung der Zähne \_\_\_\_\_  Zyste \_\_\_\_\_
- Wurzelspitzenresektion der Zähne \_\_\_\_\_  Zyste \_\_\_\_\_
- Freilegung \_\_\_\_\_
- Abklärung eines unklaren Befundes regio \_\_\_\_\_
- Implantatberatung / Implantatversorgung \_\_\_\_\_
- Parodontitisbehandlung / Lappenoperation \_\_\_\_\_
- Vestibulumsplastik / FST regio \_\_\_\_\_
- Abszesseröffnung regio \_\_\_\_\_
- Lippen-, Zungen-, Wangenbändchenplastik regio \_\_\_\_\_
- Probeexcision \_\_\_\_\_
- Fokussuche \_\_\_\_\_
- Myoarthropathie \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

## RÖNTGENAUFNAHMEN

- Orthopantomogramm  Digitale Volumentomographie
- Sonstiges \_\_\_\_\_

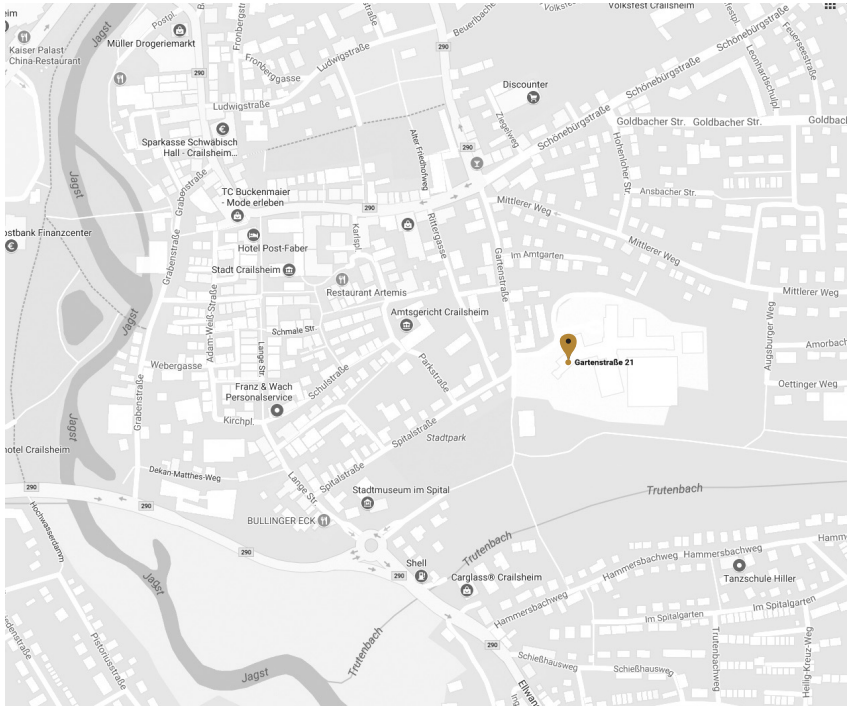
## BEHANDLUNG IN NARKOSE

- Kinder- und Behindertenbehandlung
- Sonstiges \_\_\_\_\_

## BEMERKUNGEN:

\_\_\_\_\_

Überweiser-Stempel



FACHZAHNARZT FÜR ORALCHIRURGIE  
**Dr. PHILIPP ENDLER**  
KLINIKUM CRAILSHEIM

Gartenstraße 21 | 74564 Crailsheim  
Tel. 07951 - 9610072 | Fax 07951 - 9610074  
dr.endler@oralchirurgie-crailsheim.de