

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



MKG CHIRURGIE WEIMAR

Dr. med. Lars Berbig

Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Plastische Operationen · Ästhetische Chirurgie
3D Röntgen (DVT) · Implantologie

Schwanseestraße 3 · 99423 Weimar
T 03643 53106 · **F** 03643 519474

praxis@mkg-chirurgie-weimar.de
www.mkg-chirurgie-weimar.de

Überweisung zur Durchführung folgender Leistung/-en

● Röntgendiagnostik OPG DVT Region _____

● (Verdachts-) Diagnose _____

● Operative Entfernung/Extraktion

Zahn/Zähne _____

● Implantatberatung _____

● Implantation _____

● gewünschtes System _____ alternativ _____

geplante Implantatposition (bitte ankreuzen)

8	7	6	5	4	3	2	1	·	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	·	1	2	3	4	5	6	7	8

● WSR Zahn _____

retrograde WF Wurzelfüllung präoperativ (Hauszahnarzt)

● Zystenbehandlung in reg. _____

● Funktionsdiagnostik der Kiefergelenke _____

Einnahme von Antikoagulanzien

● Ergänzungen _____

● Rückruf erbeten unter _____

● Anlage Modelle OPG Zahnfilm

● Freilegung Zahn _____

mit Bracketklebung Kette Draht

● Abszeßbehandlung in reg. _____

● Vestibulumplastik/Schlotterkammexzision in reg. _____

● Lippen-, Zungen-, Wangenbandplastik _____

● Exostosenabtragung _____

● Probeexzision/Tumorentfernung _____

● Beurteilung Mundschleimhaut in reg. _____

● Dispensaire Mundschleimhaut erwünscht

erfolgt beim HZA

● Entfernung Hauttumor _____

● ambulante Narkosebehandlung _____

● ästhetische Gesichtschirurgie
(Ober-, Unterlidplastik, Nasen- und Ohrenkorrektur,
Narbenkorrektur, Faltenbehandlung)

Ort, Datum _____

● Erbitten Zusendung

Visitenkarten Flyer Überweisungsschein

Unterschrift, Praxisstempel