

Überweisung

Vorname: _____ **PATIENT** Überweisungsdatum: _____
Nachname: _____
Geburtsdatum: _____

Mit der Bitte um:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Implantation | <input type="checkbox"/> Inzision |
| <input type="checkbox"/> Wurzelspitzenresektion (WSR) | <input type="checkbox"/> Plastische KH-Deckung |
| <input type="checkbox"/> Chirurgische Freilegung | <input type="checkbox"/> Probeentnahme PE |
| <input type="checkbox"/> Chirurgische PAR-Behandlung | <input type="checkbox"/> Schmerzdiagnostik |
| <input type="checkbox"/> Augmentation | <input type="checkbox"/> DVT |
| <input type="checkbox"/> Osteotomie/Extraktion | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Bemerkungen:

Praxisstempel und Unterschrift:

- Bitte um Rückruf

Hinweis

Lieber Patient, liebe Patientin!

Ihr Zahnarzt hat Sie bereits über den Grund des operativen Eingriffes informiert. In der Regel wird der genaue Behandlungsablauf und die möglichen Risiken in unserer Praxis mit Ihnen ausführlich besprochen und ggf. ein gesonderter OP-Termin vereinbart. In Ausnahmefällen kann ein OP-Termin auch telefonisch vereinbart werden.

Bitte beachten Sie folgendes:

- Bringen Sie bitte vorhandene Unterlagen von Ihrem Arzt/Zahnarzt (Röntgenbilder, Befunde, etc.) zum Beratungsgespräch mit.
- Mit einer örtlichen Betäubung ist es möglich Behandlungen unter Schmerzfreiheit durchzuführen. Bitte essen Sie vor einer örtlichen Betäubung normal.
- Nach einer örtlichen Betäubung oder Injektion kann Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt sein.
- Je nach Größe des Eingriffes werden Sie arbeitsunfähig geschrieben. Bitte besprechen Sie dies vorher mit Ihrem Arbeitgeber.



Dr. Matthias Millian
Martina Millian

Bahnhofstraße 38a ★ 91166 Georgensgmünd
Tel: 09172 / 684 596 0 ★ Fax: 09172 / 684 596 1
praxis@zahnarzt-millian.de ★ www.zahnarzt-millian.de