

\_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

(Patientenname)

Bei meinem o.g. Patienten bitte ich um folgende Leistung:

Beratung  Behandlung

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

Rücksprache erbeten

Bitte führen Sie folgende Behandlung(en) bzw. Behandlungsschritte bei meinem o.g. Patienten durch:

Für Rückfragen erreichen Sie mich unter Tel.:

\_\_\_\_\_ Praxisstempel

Entfernung folgender Zähne  Zahnfreilegung

Zahnsanierung in ITN

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
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
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Entfernung folgendes überzähligen Zahnes: \_\_\_\_\_

Wurzelspitzenresektion \_\_\_\_\_  mit orthograder WF  mit retrograder WF

Parodontalchirurgie:

präprothetischer Eingriff: \_\_\_\_\_

Knochenaufbau regio: \_\_\_\_\_

Zystektomie regio: \_\_\_\_\_

Untersuchung und Therapie von Kiefergelenkbeschwerden

Fokussuche \_\_\_\_\_

Traumatologie / Unfall \_\_\_\_\_

Begutachtung \_\_\_\_\_

Abklärung eines unklaren Befundes regio: \_\_\_\_\_

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

Narbenkorrektur

Faltenbehandlung

Lidkorrektur

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Behandlung in  Vollnarkose  Analgosedierung  Lokalanästhesie

Röntgenuntersuchung

OPG  DVT

Bericht bitte via:  Telephon  e-mail  Fax  Brief

ich möchte bei der chirurgischen Behandlung des Patienten hospitieren (Termin nach Rücksprache)

Datum

Unterschrift

-----

-----



**PROF. SCHLEGEL & KOLLEGEN**

**MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE**  
ORALCHIRURGIE, IMPLANTOLOGIE, PLASTISCHE OPERATIONEN

Prof. Dr. Dr. Karl Andreas Schlegel  
Arnulfstr. 19 T: 089 590 686 990  
80335 München F: 089 590 686 9910  
www.prof-schlegel.de info@prof-schlegel.de