ÜBERWEISUNG

Mund. Kiefer. Gesicht.
Bremen

Bremer Westen

IM ÄRZTEHAUS AM DIAKO

Gröpelinger Heerstr. 406

28239 Bremen-Gröpelingen

0421 – 611 661

Bremer Norden

AM KLINIKUM NORD

Hammersbecker Str. 228

28755 Bremen-Nord

0421 – 666 691

Bremer Zentrum

IN DER STERNKLINIK

Carl-Ronning-Str. 4-6

28195 Bremen-Mitte

0421 – 611 677

mund-kiefer-gesicht-bremen.de

info@mund-kiefer-gesicht-bremen.de

KiM für Zuweiser und Kollgen:

mkg.diako@vm.kim.telematik

Behandlungswunsch

Praxisstempel / Unterschrift

Patientenname: _____

Geb.-Datum: _____

OPG/ZF ☐ per KIM übermittelt *(mkg.diako@vm.kim.telematik)*
☐ analog oder auf CD
☐ nicht vorhanden

☐ Ich bitte um Rücksprache

☐ Wir benötigen neue Überweiserformulare

Oralchirurgie

☐ Operative Entfernung folgender Zähne

_____

☐ Wurzelspitzenresektion an _____

☐ Zystektomie Regio: _____

☐ Abklärung Schleimhautveränderung, Regio: _____

☐ Abklärung Knochenveränderung, Regio: _____

☐ Abszess/Entzündung/Osteomyelitis, Regio: _____

Implantologie

☐ Beratung Implantatversorgung, Regio: _____

_____

geplante prothetische Versorgung: _____

Implantatsystem: ○ Astra ○ Straumann ○ Camlog
○ Ankylos ○ Zimmer ○ Xive

Periimplantitis-Therapie, Regio: _____

Radiologie-Diagnostik DVT, Regio _____

☐ Freilegung Zahn _____

☐ Attachement mitgegeben

Plastische Chirurgie

☐ Exzision/Defektdeckung, Regio:

_____

Ästhetische Chirurgie

☐ Blepharoplastik

☐ Narbenkorrektur

Angstpatienten

☐ Analgosedierung

☐ Vollnarkose

Risikopatient ☐ _____

_____

_____

_____

Sonstiges / Bemerkungen: _____

_____