



## Überweisung zur ...

Vor- und Nachname Patient/-in

Geburtsdatum

### ... Durchführung folgender Behandlung:

- Konservierende Behandlung von: .....
- operative Entfernung / Extraktion von: .....
- Freilegung von: .....
- Behandlung in Allgemeinnarkose: .....
- Versorgung bei Zahnunfall: .....
- Sonstiges: .....

## Behandlungs - spektrum

### Kinderzahnheilkunde

- Füllungstherapie
- Fissurenversiegelung
- Milchzahnkronen
- Platzhalterlösungen
- Zahnputzschule und Prophylaxe
- Karies - Risikominimierung
- Ernährungsberatung
- Kindgerechte Behandlung

### Behandlung in örtlicher Betäubung, Sedierung und Narkose

### Kieferchirurgie für Kinder

- Weisheitszahnentfernung
- Behandlung von Kieferzysten
- Therapie dentogener Abszesse
- Frenektomien

### Kieferorthopädische Chirurgie

- Zahnfreilegung

### Behandlung von Mundschleimhautrekrankungen

### Behandlung von Zahnunfällen



Parkmöglichkeiten  
in der Tiefgarage

- Um Rückruf wird gebeten
- Praxisflyer senden
- Neue Überweisungsformulare senden
- Visitenkarten senden

Praxisstempel: