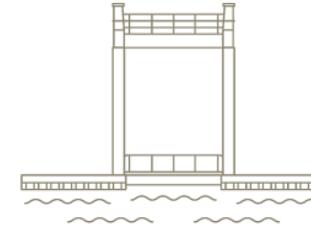


Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Ort, Datum



ZAHNARZTPRAXIS
AN DER STADTSCHLEUSE

Überweisung zur Durchführung folgender Leistung/-en:

Dentoalveoläre Chirurgie

- Zahnextraktion/Osteotomie
- Wurzelspitzenresektion
- MAV-Deckung
- Schlotterkammexcision
- Vestibulumplastik
- Abszessbehandlung
- Therapie von Speicheldrüsenerkrankungen
- Excision von Mundschleimhautveränderungen
- Zystektomie/Zystostomie

Parodontologie

- PA-Beratung
- Systemische und Chirurgische PA-Therapie
- Regenerative Therapie
- Rezessionsdeckung
- Bindegewebsstransplantat
- Freies Schleimhauttransplantat
- Chirurgische Konenverlängerung
- Tuberplastik

Implantologie

- Implantatberatung
- Implantatinsertion
- Knochenaugmentation
- Sinuslift intern/extern
- Knochenaugmentation und Implantation
- Weichgewebsmanagement
- Periimplantitistherapie
- Implantatentfernungen
- Socket Preservation
- 3D-Planung und Herstellung Bohrschablone

KFO- Chirurgie

- Freilegung
- Freilegung mit Bracket
- Lippenbandexcision
- Zungenbandexcision
- KFO-Pins/Implantate

Endodontie

- Wurzelkanalbehandlung
- Wurzelkanalrevision
- Perforationsdeckung

**Sonstiges/Anmerkungen/
Risikoanamnese etc.:**

Überwiesen durch:

Stempel und Unterschrift

Dr. Marc Zimmermann

An der Stadtschleuse 11

03381/ 52 10 42

Fachzahnarzt für

14776 Brandenburg an der Havel

Info@zap-stadtschleuse.de