



DR. TEGNER

ORALCHIRURGIE & IMPLANTOLOGIE



**Eingang beim Reisebüro.
Gegenüber des Busbahnhofs.**

Tel.: +49 5622 2329
info@tegnert.de

WWW.TEGNER.DE

ÜBERWEISUNG

Patient _____

Geburtsdatum _____

THERAPIEPLAN

- Extraktion/Osteotomie
- Wurzelspitzenresektion
- Implantation
- Knochenaufbau/Sinuslift
- Periimplantitistherapie
- Abszessinzigion
- Fokussuche
- Plastische Deckung
- Freilegung & Bracket kleben
- Lippen-, Zungen- & Wangenbandplastik
- PA-Chirurgie
- Probe-/Exzision
- Kieferhöhlenoperation
- Traumatologie
- Zystenoperation
- FST/BGT

Sonstiges: _____

Zahn/Regio: _____

- Bitte um Rücksprache

ANAMNESE

- Gerinnungsstörung
- Bisphosphonate/Antiresorptiva
- Chemo/Radiatio
- Infektionskrankheit
- Risikopatient
- Angstpatient

Sonstiges: _____

BEHANDLUNG

- Sedierung

ANLAGEN

Röntgenbild vorhanden

- Ja
- Nein

Wenn „Ja“, bitten wir um Übermittlung per KIM.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift