

## Überweisung

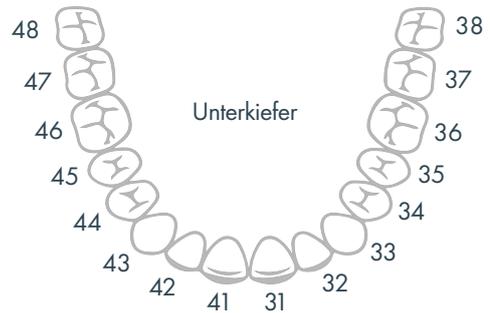
Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Mit Bitte um:

- Beratung | Zweitmeinung • Regio \_\_\_\_\_
- Behandlung in Sedierung • Regio \_\_\_\_\_
- Risikopatienten | Blutverdünner • Regio \_\_\_\_\_
- Chirurgische Zahnentfernung • Regio \_\_\_\_\_
- Weisheitszahnentfernung • Regio \_\_\_\_\_
- Wurzelspitzenresektion • Regio \_\_\_\_\_
- Freilegung retinierter Zähne • Regio \_\_\_\_\_
- Implantologische Versorgung • Regio \_\_\_\_\_
- Knochenaufbau | Augmentation • Regio \_\_\_\_\_
- Behandlung periimplantärer Entzündungen • Regio \_\_\_\_\_
- Weichgewebeschirurgie • Regio \_\_\_\_\_  
(z.B. operative Entfernung Mukozele)
- Lippen- oder Zungenbändchenkorrektur • Regio \_\_\_\_\_
- Parodontalchirurgie • Regio \_\_\_\_\_
- Probeexzision | Mundschleimhautbehandlung • Regio \_\_\_\_\_
- Botox-Behandlung bei CMD • Regio \_\_\_\_\_
- Sonstiges:  
\_\_\_\_\_
- Bitte um Rückruf:  
\_\_\_\_\_



### Patientengeschichte | Besondere Hinweise:

---



---



---



---



---

### Praxisstempel und Unterschrift

Zahnarztpraxis Mastholte  
Lippstädter Str. 8  
33397 Rietberg

02944 6657  
och@zpmastholte.de  
www.zpmastholte/och.de