

HOFFMANN

IHRE ÜBERWEISUNG

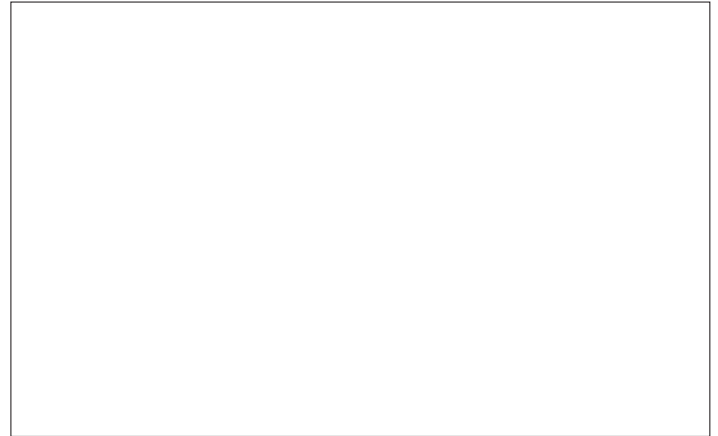
PATIENT

Vorname

Nachname

Geburtstag

Termin



Praxisstempel

DR. ANNA HOFFMANN - MDS_c - ZAHNÄRZTIN | DR. HENDRIK HOFFMANN - ARZT - ZAHNARZT - FACHARZT MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE
WILLY-BRANDT-PLATZ 10 - 90402 NÜRNBERG | TEL 0911 226366 | FAX 0911 2009366 | MAIL PRAXIS@DRESHOFFMANN.DE | WEB DRESHOFFMANN.DE

MKG-CHIRURGIE

- Osteotomie Zahn _____
 - Antikoagulation
- Wurzelspitzenresektion Zahn _____
- Zystenbehandlung regio _____
- Freilegung Zahn (Bracket kleben) _____
- Abszessbehandlung regio _____
- Haut-, Schleimhautbeurteilung | PE in regio _____
- Lippen-, Zungen-, Wangenbandplastik
- Vestibulumplastik
- Beurteilung Kieferhöhle
- DVT | OPG

IMPLANTOLOGIE

- Implantatberatung _____
- Implantatinsertion regio _____
 - Für folgende prothetische Versorgung _____
- Sinuslift regio _____
- Knochenaufbau regio _____
 - Für folgende prothetische Versorgung _____
- Sonstiges _____
- Erbitte Rückruf

KIEFERGELENKSDIAGNOSTIK | THERAPIE

- Beratung | Kiefergelenksdiagnostik
- Individuell angepasste Schienentherapie
- Weiterführende Kiefergelenkstherapie
- _____
- Erbitte Rückruf
- _____

BITTE BRINGEN SIE ZU IHREM BERATUNGSTERMIN FOLGENDES MIT:
Diese Überweisung, vorhandene Unterlagen (Röntgenbilder, Medikamentenliste, Versichertenkarte, Arztbriefe, Allergie-, Herz- oder Gerinnungspass).

ANFAHRTSSKIZZE

