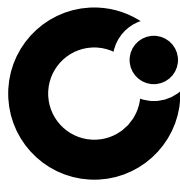


ÜBER-WEISUNG



ORALCHIRURGIE
IMPLANTOLOGIE
DR. ANDREAS BÖHLE

IHRE WÜNSCHE

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

DATUM / STEMPEL / UNTERSCHRIFT

ORALCHIRURGISCHE BEHANDLUNG

- Weisheitszahnentfernung: _____
- (operative) Zahnentfernung: _____
- Wurzelspitzenresektion (WSR): _____
- Entfernung überzähliger Zähne o. Zahnkeime: _____
- Zahnfreilegung: _____
- Zystenentfernung: _____
- Lippen- oder Zungenbändchenkorrektur: _____
- Chirurgische Parodontitisbehandlung: _____
- Abszessbehandlung: _____
- Kieferhöhlen-OP / Kieferhöhlenverschluss (MAV): _____
- Entnahme von Gewebeproben (PE): _____
- Entfernung von Geschwülsten: _____
- Vestibulumplastik OK UK _____
- Dentogene Focussuche _____
- Sonstiges: _____

RADIOLOGIE

- Digitale Volumentomographie (DVT) _____
- OPG _____
Indikation: _____

BEHANDLUNG IN

- Lokalanästhesie Sedierung Vollnarkose _____

IMPLANTOLOGISCHE BEHANDLUNG

- Implantation: _____
- KFO-Gaumenimplantate: _____
- Knochenaufbau: _____
 - Sinuslift GBR Knochenblock
- Periimplantitistherapie: _____
- Weichgewebeschirurgie: _____
- Explantation: _____
- Sonstiges: _____

GEWÜNSCHTES IMPLANTATSYSTEM:

- Straumann Camlog Megagen Benefit
- Sonstige: _____

IMPLANTOLOGISCHE BERATUNG

NACH ZAHNENTFERNUNG

- gewünscht _____
- nicht gewünscht _____

RÖNTGENBILDER BEILIEGEND

- Zahnfilm OPG CT DVT _____