

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum |

IHRE SPEZIALISTEN FÜR
MUND-, KIEFER-, GESICHTSCHIRURGIE
UND IMPLANTOLOGIE

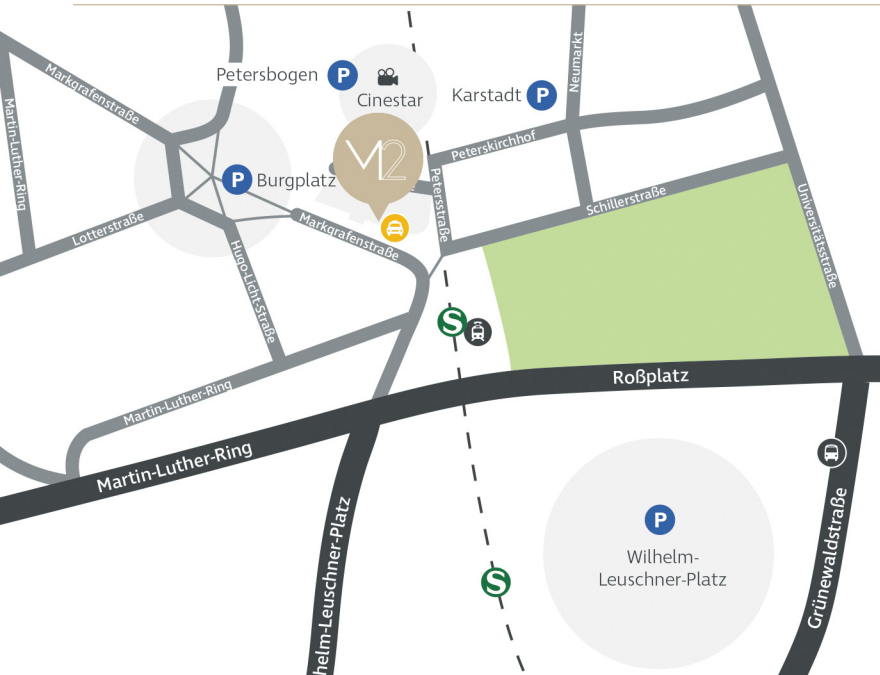


Markgrafenstraße 2, 04109 Leipzig
Tel 0341 - 911 58 34, Fax - 912 04 76
praxis@m2-merkurhaus.de

www.m2-merkurhaus.de

Unsere Sprechzeiten

Mo, Di, Do 08.00 - 18.00 Uhr
Mi, Fr 08.00 - 13.00 Uhr



ANFAHRT

Auto

Zufahrt über Martin-Luther-Ring / Wilhelm-Leuschner-Platz
Parkmöglichkeiten in umliegenden Parkhäusern/Tiefgaragen

ÖPNV

Direkt am S-Bahnhof (S1, 2, 3, 4, 5, 6) und der Straßenbahn
(Linie 2, 8, 9, 10, 11, 14) Wilhelm-Leuschner-Platz
Hauptbahnhof fußläufig erreichbar

Datum, Unterschrift, Praxisstempel

Überweisung zur Durchführung folgender Leistung/-en

- Röntgendiagnostik OPG DVT Region _____
- (Verdachts-)Diagnose _____
- Operative Entfernung/Extraktion Zahn _____
- Implantatberatung _____
- Implantation _____
- Gewünschtes System _____ Alternativ _____
- Geplante Implantatposition (bitte ankreuzen)
- 8 7 6 5 4 3 2 1 · 1 2 3 4 5 6 7 8
- 8 7 6 5 4 3 2 1 · 1 2 3 4 5 6 7 8
- WSR Zahn _____
- Orthograde WF Retrograde WF Mikroskopisch assistiert
- Zystenbehandlung in regio _____
- Ergänzungen / Fragestellung / Diagnose _____
- _____
- _____

- Freilegung Zahn _____ mit Bracketklebung
- Abszessbehandlung in regio _____
- Vestibulumplastik/Schlotterkammexzision in regio _____
- Parodontalchirurgie _____
- Frenektomien Lippe, Zunge, Wange _____
- Ambulante Narkosebehandlung _____

Haut und Mundschleimhaut

- Beurteilung Mundschleimhaut in regio _____
- Entfernung Hauttumor mit lokalplastischer Rekonstruktion _____
- Ästhet. Gesichtschirurgie (Ober-, Unterlidplastik, Narbenkorrektur, Faltenbehandlung)

- Rückruf erbeten unter _____
- Zusendung von Visitenkarten Überweisungsscheinen

Anlage

- Modelle OPG Zahnfilm _____