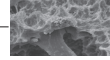


Name, Vorname des Versicherten _____

geb. am _____



Altöttinger Straße 1 • 84524 Neuötting
 Tel. 0 86 71 - 88 44 66 • Fax 0 86 71 - 92 77 33
 kfo-oralchir-praxis@t-online.de

Kassen-Nr. _____

Versicherten-Nr. _____

Status _____

Vertragsarzt _____

VK gültig bis _____

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--

ÜBERWEISUNG

- Entfernung der Zähne _____ Zyste _____
- Wurzelspitzenresektion der Zähne _____ Zyste _____
- Freilegung _____
- Abklärung eines unklaren Befundes um Bereich _____
- Implantatberatung / Implantatversorgung _____
- Parodontitisbehandlung / Lappenoperation _____
- Vestibulumplastik / FST regio _____
- Abszesseröffnung regio _____
- Lippen-, Zungen-, Wangenbändchenplastik regio _____
- Probeexcision _____
- Fokussuche _____
- Myoarthropathie _____
- Sonstiges _____

Röntgenaufnahmen

- Orthopantomogramm Volumentomographie
- Fernröntgenaufnahme Sonstiges _____

Behandlung in Allgemeinnarkose

- _____
- Kinder- und Behindertenbehandlung

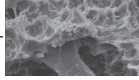
Bemerkungen:

- _____

Überweiser-Stempel

DR. ROBERT GRANCAY

Fachzahnarzt für Oralchirurgie



Altöttinger Straße 1 • 84524 Neuötting
Tel. 0 86 71 - 88 44 66 • Fax 0 86 71 - 92 77 33
kfo-oralchir-praxis@t-online.de

Termine nach Vereinbarung

