.....

Name der Krankenkasse

geb. am

.....

Name, Vorname des Versicherten/Patienten

.....

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

.....

Vertragszahnarzt-Nr. VK gültig bis Datum

Der Versicherte wird überwiesen zur:

Zahn Erwünschte Behandlung:

..... ☐ konservierend-chirurgische Therapie

..... ☐ Schutzkronen bei Hypoplasien

..... ☐ Anfertigung einer Kinderprothese

..... ☐ Ernährungs- und Mundhygieneberatung für Eltern

..... ☐ Teilnahme am erw. Prophylaxeprogramm für Kinder ab 4

..... ☐ Milchzahnendo & Schutzkronen

..... ☐ Sanierung in ITN bei Noncompliance

..... ☐ Sanierung unter Dormikumsedierung

Welche Weiterversorgung ist geplant?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Werden neue ÜW-Scheine benötigt? ☐ Ja ☐ Nein

.....

Datum . Stempel . Unterschrift des überweisenden Zahnarztes

zMVZ
ZAHNARZTPRAXIS NAUEN

Zahnärztliches Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Elke & Frank Ziegerahn
Dammstraße 11 | 14641 Nauen | **Telefon** 0 33 21 . 45 37 88 | **Fax** 0 33 21 . 45 10 02 | **E-Mail** info@ziegerahn.de | **www.ziegerahn.de**