			Welche Weiterversorgung ist geplant? Welche Begleitleistungen	
Name de	er Krank	renkasse	bei Implantationen werden gewünscht?	
		geb. am		
 Name, V	orname	des Versicherten/Patienten		
		·		
Kassen-l	۷r.	Versicherten-Nr. Status		
 Vertrags		t-Nr. VK gültig bis Datum		
vertrags	201111012	term. Vit guitig bis Datum		
Der Ve	ersich	erte wird überwiesen zur:		
Zahn	Erv	vünschte Behandlung:	■ 3 110	
		Wurzelspitzenresektion mit retrograder / orthograder WF	Werden neue ÜW-Scheine benötigt?	
		mikrochirurgische WSR unter OP-Mi		
		Osteotomie / Extraktion		
		Freilegung / Anschlingung des verlagerten Zahnes		
		Abklärung Röntgenbefund / Beschwerden		
		Sinuslift / Augmentation		
		Implantation		
		Freilegung des Implantats		
		offene Kürettage / Augmentation / PA-Therapie		
		Abklärung Schleimhautveränderung	Datum . Stempel . Unterschrift des überweisenden Zahnarztes	

