

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

Patientenanmeldung / Vormerkung

**Praxisklinik
für
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**
Priv. Doz. Dr. Dr. J. J. von Lindern
Rheinstraße 2, 66113 Saarbrücken
Tel.: 0681 9704444
Fax: 0681 9704445

Vertragsarztstempel

Ich überweise Ihnen den o. g. Patienten zur Durchführung der u. g. Maßnahme

Patient meldet sich zwecks Terminvereinbarung

Bitte setzen Sie sich mit dem Patienten in Verbindung

Unterschrift des Arztes

Telefon-Nr.:

Praxisgebühr bereits bezahlt ja nein

Bitte um Rückruf bezüglich des o. g. Patienten

Behandlungsplanung																
			55	54	53	52	51		61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81		71	72	73	74	75			

Sonstiges:

Röntgen: <input type="checkbox"/> OPG <input type="checkbox"/> Funktions OPG <input type="checkbox"/> Sonstiges	
<input type="checkbox"/> Extraktion / chirurgische Sanierung	<input type="checkbox"/> Osteotomie / operative Entfernung
Wurzelspitzenresektion <input type="checkbox"/> mit WF <input type="checkbox"/> ohne WF <input type="checkbox"/> mit retrogr. WF	Systematische Parodontitistherapie <input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen
Freilegung eines Zahnes <input type="checkbox"/> mit Retention <input type="checkbox"/> ohne Retention	Präprothetische Chirurgie <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK
Durchtrennung <input type="checkbox"/> Lippen- <input type="checkbox"/> Zungenbändchen	<input type="checkbox"/> Diastemaoperation
<input type="checkbox"/> Implantatinsertion	<input type="checkbox"/> Augmentation / Osteoplastik
<input type="checkbox"/> Sinuslift	<input type="checkbox"/> Probeexzision / <input type="checkbox"/> Tumorexzision
<input type="checkbox"/> Kiefergelenkdiagnostik / Schmerzen	<input type="checkbox"/> Schienentherapie

<input type="checkbox"/> Beratungstermin	<input type="checkbox"/> Direkter Operationstermin
Anästhesieform:	<input type="checkbox"/> Lokalanästhesie <input type="checkbox"/> Sedierung <input type="checkbox"/> Intubationsnarkose

Zusätzliche Risiken:	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung (z. B. ASS, Cumarine) <input type="checkbox"/> Anfallsneigung (z. B. Epilepsie) <input type="checkbox"/> Bisphosphonat Medikation <input type="checkbox"/> Anästhesie-Unverträglichkeiten <input type="checkbox"/> sonstiges:
----------------------	--

Bitte benutzen Sie diesen Bogen zur Überweisung Ihrer Patienten. Eine vorherige Zusendung per Fax erleichtert uns mit dem Patienten einen passenden Termin zu finden. Für Ihre Mitarbeit im voraus vielen Dank.

Ihr Praxisteam

