

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name des Versicherten		geboren am
Kassen Nr.	Versicherten Nr.	Status
Vertragsarzt Nr.	VK gültig	Datum

Überweisung an die Praxis für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie | Oralchirurgie

Dr. Matthias Brückner
Facharzt für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Dr. Martin Brückner, M.Sc.
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Dr. Marcus Karapetow
Fachzahnarzt für Oralchirurgie



Fragestellung

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bitten Sie für Ihre **Erstvorstellung einen Termin** unter der **Telefonnummer 0351 / 2031609** zu vereinbaren.

Sie können sich auch zu den aufgeführten Sprechzeiten in unserer Praxis vorstellen. Zu diesem Termin erfolgt zunächst ein Beratungsgespräch, in dem mit Ihnen der weitere Behandlungsablauf besprochen wird. Bitte bringen Sie, falls vorhanden, **aktuelle Röntgenbilder** und eine **Liste Ihrer Medikamente** mit.

Dieser Vordruck dient dabei der besseren Orientierung und soll Ihre freie Arztwahl nicht beeinflussen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir gern unter der genannten Telefonnummer zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

Unsere Sprechzeiten

Mo 08:00 - 12:30 Uhr | 14:00 - 18:30 Uhr
Di 08:00 - 12:30 Uhr | 14:00 - 18:30 Uhr
Mi 08:00 - 12:30 Uhr | 14:00 - 18:30 Uhr
Do 08:00 - 12:30 Uhr | 14:00 - 18:30 Uhr
Fr 08:00 - 12:30 Uhr



* BAG Dres. Brückner
Bismarckstraße 7
01257 Dresden
Tel: 0351 / 20 31 609
Fax: 0351 / 20 30 790

Mit den öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen Sie uns per **Tram / Bus / S-Bahn - Haltestellen**

- H1** Bahnhof Niedersedlitz 6 65 88 89 S1 S2
- H2** Sosaer Straße 89
- H3** An der Post 88
- H4** Prof.-Billroth-Straße 65

Ich bitte um Durchführung folgender Leistungen

- Untersuchung und Beratung**
- Dentoalveoläre Chirurgie**
 - Extraktion / Osteotomie
 - Wurzelspitzenresektion
 - ohne / mit Wurzelkanalfüllung
 - Zystektomie
 - Zahnfreilegung
 - ohne / mit Bracketfixierung
- Anästhesie**
 - Lokalanästhesie
 - Sedierung
- Erkrankungen der Mundschleimhaut**
 - Diagnostik Therapie

Anlagen

- Zahnfilm
- OPG
- Sonstiges _____

Zahnschema

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Implantatchirurgie (bitte Systemwunsch angeben)

-
-
-
-
-
-

Mukogingivale Chirurgie

- Vestibulumplastik
- Rezessionsdeckung
- Chirurgische Kronenverlängerung

PA-Chirurgie

Durchführung von Röntgenleistung

Fragestellung

- OPG DVT (3D-Aufnahme)

Praxisstempel / Unterschrift

Wir bitten um Zusendung neuer Überweisungsscheine
 Wir bitten um Zusendung neuer Patientenflyer