



---

Überweisung an: Dr. med. dent. Ralph Stein – Fachzahnarzt für Oralchirurgie

Überweisende Praxis / Ansprechpartner:

Telefon / E-Mail:

Patientendaten

Name:

Geb.-Datum:

Vers.-Nr.:

Krankenkasse:

Behandlungswunsch / Indikation (bitte ankreuzen)

Implantation(en)

Knochenaufbau (Sinuslift, Augmentation)

Zystenentfernung

Weisheitszahnentfernung

Wurzelspitzenresektion

Chirurgische Zahnentfernung / Extraktion

Freilegung von retinierten Zähnen

Parodontalchirurgische Therapie

Präprothetische Chirurgie

Sonstiges:

Überweisungsgrund / Fragestellung:

Ort, Datum:

Stempel / Unterschrift: