

|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |         |
| Name, Vorname des Versicherten |                  | geb. am |
| Kassen-Nr.                     | Versicherten-Nr. | Status  |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum   |



**Dr. med. Lars Berbig**

Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie  
 Plastische Operationen · Ästhetische Chirurgie  
 3D Röntgen (DVT) · Implantologie

Schwansseestraße 3 · 99423 Weimar  
 T 03643 53106 · F 03643 519474

praxis@mkg-chirurgie-weimar.de  
 www.mkg-chirurgie-weimar.de

## Überweisung zur Durchführung folgender Leistung/-en

Röntgendiagnostik  OPG  DVT  Region \_\_\_\_\_

(Verdachts-) Diagnose \_\_\_\_\_

Operative Entfernung/Extraktion

Zahn/Zähne \_\_\_\_\_

Implantatberatung \_\_\_\_\_

Implantation \_\_\_\_\_

gewünschtes System \_\_\_\_\_  alternativ \_\_\_\_\_

geplante Implantatposition (bitte ankreuzen)

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | · | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | · | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

WSR Zahn \_\_\_\_\_

retrograde WF  Wurzelfüllung präoperativ (Hauszahnarzt)

Zystenbehandlung in reg. \_\_\_\_\_

Funktionsdiagnostik der Kiefergelenke \_\_\_\_\_

Einnahme von Antikoagulanzen  
 \_\_\_\_\_

Ergänzungen \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Rückruf erbeten unter \_\_\_\_\_

Anlage  Modelle  OPG  Zahnfilm

Freilegung Zahn \_\_\_\_\_

mit Bracketklebung  Kette  Draht

Abszeßbehandlung in reg. \_\_\_\_\_

Vestibulumplastik/Schlotterkammexzision in reg. \_\_\_\_\_

Lippen-, Zungen-, Wangenbandplastik \_\_\_\_\_

Exostosenabtragung \_\_\_\_\_

Probeexzision/Tumorentfernung \_\_\_\_\_

Beurteilung Mundschleimhaut in reg. \_\_\_\_\_

Dispensaire Mundschleimhaut erwünscht

erfolgt beim HZA

Entfernung Hauttumor \_\_\_\_\_

ambulante Narkosebehandlung \_\_\_\_\_

ästhetische Gesichtschirurgie  
 (Ober-, Unterlidplastik, Nasen- und Ohrenkorrektur,  
 Narbenkorrektur, Faltenbehandlung)

Erbitten Zusendung

Visitenkarten  Flyer  Überweisungsschein

Ort, Datum

Unterschrift, Praxisstempel