

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

Praxisstempel
Unterschrift

ICH BITTE UM DURCHFÜHRUNG FOLGENDER LEISTUNGEN:

			V	IV	III	II	I												
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				
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V							

KIEFERCHIRURGIE

- Extraktion/Osteotomie
- WSR/Zystektomie
- Schleimhautveränderung
- Entzündung/Abszess
- Traumatologie/Unfall
- Kronenverlängerung
- Vestibulumplastik

KFO-CHIRURGIE

- Lippen-/Zungenband
- Zahnfreilegung
- mit Bracket
- KFO-Implantat regio

ALLGEMEINE MASSNAHMEN

- Sanierung in Narkose/Sedierung
- KG-Beschwerden
- Röntgen: OPG DVT
- Focussuche
- Weiterbehandlung

PARODONTAL- THERAPIE

- sytematische PA-Therapie
- regenerative Maßnahmen
- Rezessionsdeckung

IMPLANTAT-BEHANDLUNG

- Implantat regio _____
Geplante Prothetik bitte angeben, z.B: Einzelkrone, Kugelkopf, Teleskop, Steg...

WENN MÖGLICH, BITTE SPEZIFIZIERUNG DES ÜBERWEISUNGS-AUFTRAGS:



DR. MED. DENT. ALEXANDER KORSCH

Fachzahnarzt für Oralchirurgie

Friedrichsplatz 8
68165 Mannheim

Fon 0621 / 40 14 727

Fax 0621 / 40 14 729

WWW.DR-KORSCH.DE

SPRECHZEITEN

Montag bis Freitag

08:00 bis 13:00 Uhr

Montag, Dienstag, Donnerstag, Freitag 14:00 bis 17:00 Uhr

Mittwoch

14:00 bis 18:00 Uhr

Termine nach Vereinbarung

IHR TERMIN:

Datum

Uhrzeit

LAGEPLAN

