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	I	II	III	IV	V				
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 ÜBERWEISUNGSAUFTRAGS:

_____

PRAXIS FÜR CHIRURGISCHE MUND-, ZAHN- UND KIEFERHEILKUNDE

TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT IMPLANTOLOGIE UND PARODONTOLOGIE

DR. KORSCH
ORALCHIRURGIE AM WASSERTURM

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