

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



ImplantatZentrumBünde
ZENTRUM FÜR IMPLANTOLOGIE, KIEFERCHIRURGIE UND PARODONTOLOGIE

KÜCÜK & Kollegen

FZA Şerif Küçük
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Master of Oral Medicine in Implantology (MOM)

Kontakt
Bahnhofstraße 57
32257 Bünde
Fon 05223 - 2033
Fax 05223 - 2014
Mail info@implantatzentrum-buende.de
Web www.implantatzentrum-buende.de

ÜBERWEISUNGSFORMULAR

Telefonnummer des Patienten:

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

ich überweise den oben genannten Patienten / Patientin zur Durchführung folgender Behandlung:

- vorherige telefonische Rücksprache
- telefonische Rücksprache nach Erstvorstellung

Kieferchirurgie:

- Operative Entfernung / Extraktion von:
- Kammerhaltende Verfahren (socket preservation) regio:
- Schleimhautveränderung regio:
- Fibromentfernung regio:
- Plastischer Verschluss der Kieferhöhle regio:
- Lippen / Wangenbändchenplastik regio:
- Chirurgische Freilegung des Zahnes:
- mit Bracket ohne Bracket offen geschlossen
- Zahntransplantation

Chirurgische Endodontie:

- Wurzelspitzenresektion an:
- Wurzelfüllung präoperativ (Hauszahnarzt) Wurzelfüllung intraoperativ

Implantologie:

- Implantologische Versorgung regio:
- Spezialdiagnostik und Beratung wegen:
- Knochenaufbau (Autologer Knochenblocktransplantation) regio:
- KFO-Mini-Implantate regio:
- Periimplantatititsbehandlung regio:

Parodontologie:

- Parodontalbehandlung:
- Offene PA-Therapie Bakterientest
- Zeitpunkt der letzten geschlossenen PA- Behandlung:
- Regenerative Verfahren (GTR/GBR + Emdogain) regio:
- Rezessionsdeckung / Bindegewebstransplantat regio:
- Chirurgische Kronenverlängerung an Zahn:

Digitale Volumetomographie (DVT) mit PaX-Duo3D:

- Zur Abklärung von
- Gewünschte Aufnahmebereich: Oberkiefer Unterkiefer
- Gewünschte Datenübermittlung: DICOM-Datensatz mit Viewer auf CD
- Ich möchte die Auswertung der Röntgenbilder selbst vornehmen und versichere über die DVT- Fachkunde zu verfügen

Sanierung von Zahnarztphobiepatienten (Kinder / Erwachsene):

- Intubationsnarkose (ITN)
- Intravenöse Sedierung (Dämmerschlaf)
- Lachgas-Sedierung

Sonstiges:

Anhang: Provisorium Modelle Parodontalstatus

Röntgenbilder wurden angefertigt und werden zugesendet

- per Post per E-Mail (info@implantatzentrum-buende.de) Patient bringt die Bilder mit
- Sollen in Ihrer Praxis angefertigt werden

Nach Abschluss der Behandlung bitte ich um Rücküberweisung des Patienten und Rückgabe der mitgegebenen Unterlagen.
Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

.....
Datum / Unterschrift / Praxisstempel

Bitte lassen Sie uns folgende Praxisunterlagen zukommen:

- Neue Überweisungsformulare
- Praxisflyer
- Visitenkarten
- DVT-Flyer
- Implantatflyer



ImplantatZentrumBünde

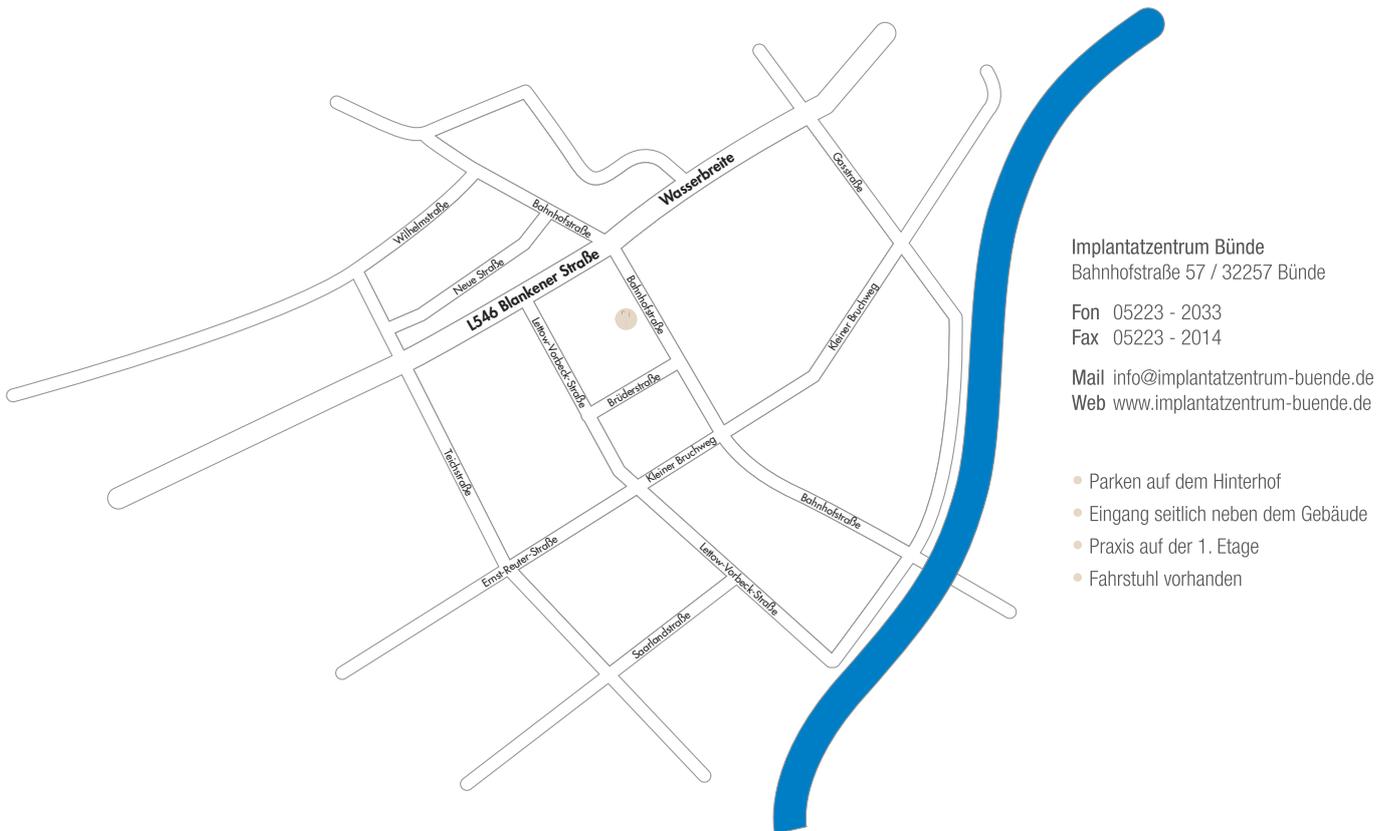
ZENTRUM FÜR IMPLANTOLOGIE, KIEFERCHIRURGIE UND PARODONTOLOGIE

KÜCÜK & Kollegen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Zahnarzt / Arzt hat Sie bereits über den Grund der operativen Behandlung informiert. Der genaue Hergang und die möglichen Risiken werden in unserer Praxis mit Ihnen besprochen und ein geson- derter OP-Termin vereinbart. In Ausnahmefällen kann ein OP-Termin auch telefonisch vereinbart werden.

1. Bringen Sie bitte vorhandene Unterlagen von Ihrem Arzt / Zahnarzt (Röntgenbilder / Befunde / Medikamentliste etc.) zum Beratungsgespräch mit.
2. Operationen unter Vollnarkose, Sedierung und Lachgassedierung dürfen nur bei vorheriger Nüchternheit durchgeführt werden.
3. Auch nach dem Eingriff (Lokalanästhesie) dürfen Sie selbst nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. Bitte sorgen Sie ggfs. rechtzeitig für eine erforderliche Begleitperson.
4. Sie werden je nach Umfang der Behandlung arbeitsunfähig geschrieben. Bitte besprechen Sie dies vorher mit Ihrem Arbeitgeber.



LEISTUNGSSCHWERPUNKTE

- Implantologie
- Kieferchirurgie
- Eigenknochenaufbau
- Parodontologie/ Parodontalchirurgie
- DVT (3D-Röntgen)
- Computergestützte, 3D-navigierte Implantologie
- Ambulante Operationen (unter Vollnarkose/Dämmerschlaf)
- Behandlung von Angstpatienten (Kinder/Erwachsene) in Narkose

Tag	Datum	Uhrzeit	Behandlung
Mo Di Mi Do Fr
Mo Di Mi Do Fr
Mo Di Mi Do Fr
Mo Di Mi Do Fr
Mo Di Mi Do Fr