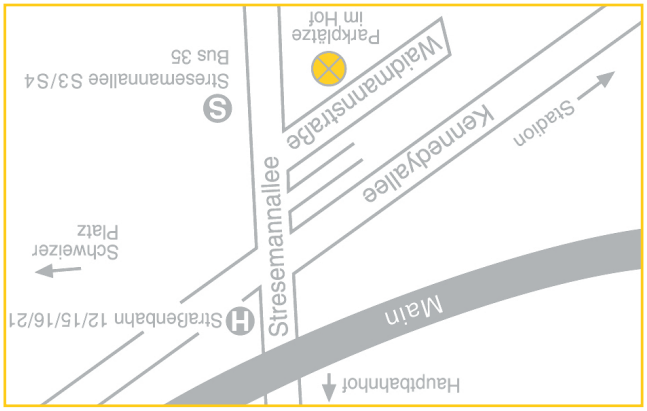
Überweisung



Sie erreichen uns mit:
Straßenbahn 12, 15, 16, 17 – Stresemannallee/Gartenstrasse
S-Bahn 3 und 4 – Stresemannallee

Dr. med. dent. Marcus Hideghety
Waldmannstraße 11 · 60596 Frankfurt am Main
Telefon 069-63 00 17 00 · Fax 069-63 00 17 01

DR. MED. DENT.
MARCUS HIDEGHETY

Behandlung gewünscht in:

- ☐ Lokalanästhesie
- ☐ Überwachungs-stand-by
- ☐ Vollnarkose
- ☐ Analgosedierung

Patient:

Name . . . . . .

Vorname . . . . . .

Zahn . . . . . .

Position . . . . . .

Region . . . . . .

Gewünschtes Implantat . . . . . .

. . . . . .

Anmerkungen . . . . . .

. . . . . .

Ihr Termin am/um . . . . . .

Praxisstempel

Gewünschte Leistungen:

- ☐ Untersuchung und Beratung
- ☐ Röntgen (DVT) ☐ Röntgen (OPG)
- ☐ Zahnentfernung
- ☐ Zystektomie/Zystostomie
- ☐ Wurzelspitzenresektion (WSR) am Zahn
  - ☐ mit orthograder WF ☐ mit retrograder WF
- ☐ Implantation von
  - ☐ Straumann-Implantaten
  - ☐ Camlog-Implantaten
- ☐ Sinusbodenelevation regio
- ☐ Zahnfreilegung
  - ☐ mit Kleben eines Brackets
- ☐ Abszessinzision regio
- ☐ Excision des Lippenbändchens/Zungenbändchens
- ☐ Vestibulumplastik regio
- ☐ Entfernung einer Geschwulst regio
- ☐ Knochenaufbau regio
- ☐ Sonstiges: . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

- ☐ Arztbrief erwünscht
- ☐ Rückruf erwünscht
- ☐ Röntgenaufnahmen anbei (Anzahl) . . . . . .

  OPG (Anzahl) Kleinröntgenaufnahme . . . . . .

Bitte das Formular an den gestrichelten Linien zweimal falten. →