

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

Vertragsarztstempel



## FACHZAHNÄRZTE FÜR ORALCHIRURGIE

Dr. med. dent. Armin Solbrig  
Dr. med. dent. Nina Schüller  
Dr. med. dent. Julia Weidekamm



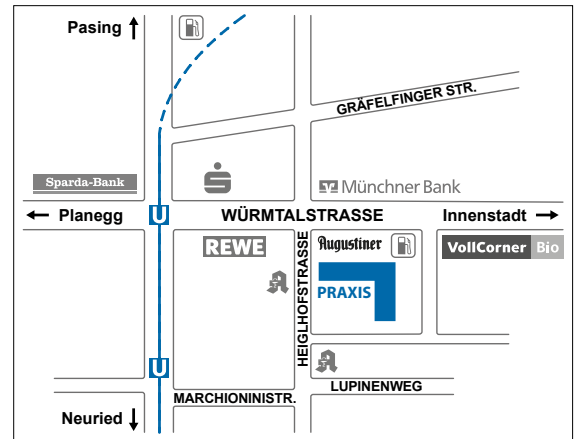
### ÜBERWEISUNGS-AUFTRAG

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

Sie werden zur genannten Behandlung/Beratung an die Praxis für zahnärztliche Chirurgie Dr. Solbrig, Dr. Schüller und Dr. Weidekamm in München Großhadern überwiesen.

Sollten Sie Ihren Termin nicht einhalten können, melden Sie sich bitte spätestens 24 Stunden vorher unter der Telefonnummer der Praxis ab: 089/724 88 88 0.

Praxis für zahnärztliche Chirurgie  
Heiglhofstr. 1A, 81377 München  
089/724 88 88 0  
mail@dr-solbrig.de  
www.dr-solbrig.de



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

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zahnentfernung<br><input type="checkbox"/> Wurzelspitzenresektion<br><input type="checkbox"/> mit retrograder WF<br><input type="checkbox"/> mit intraoperativer orthograde WF<br><input type="checkbox"/> Zystektomie<br><input type="checkbox"/> Zahnfreilegung<br><input type="checkbox"/> mit Bracket kleben<br><input type="checkbox"/> Plastische Deckung MAV<br><input type="checkbox"/> Abszessspaltung | <input type="checkbox"/> Fibromentfernung<br><input type="checkbox"/> Unklarer Befund Regio<br><input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung<br><input type="checkbox"/> OPG<br><input type="checkbox"/> Kiefergelenkaufnahme<br><input type="checkbox"/> Implantatchirurgie/Präprothetik<br><input type="checkbox"/> Implantatberatung und Planung<br><input type="checkbox"/> Kieferknochenaufbau<br><input type="checkbox"/> Vestibulumplastik<br><input type="checkbox"/> KFO- Implantat | <input type="checkbox"/> PA-Chirurgie<br><input type="checkbox"/> offene Kürettage<br><input type="checkbox"/> PA-Knochenregeneration (GTR)<br><input type="checkbox"/> Periimplantitistherapie<br><input type="checkbox"/> Behandlung in:<br><input type="checkbox"/> Lokalanästhesie<br><input type="checkbox"/> ITN/Analosedierung |
|--|---|---|

Anlagen:            OPG    Zahnfilm(e)

Bemerkungen:

---

Unterschrift, Datum (bitte angeben)