



Oralchirurgische Überweisung

Überweiser

Stempel / Telefonnummer

Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

hiermit überweise ich Ihnen den o.g. Patienten zur Durchführung folgender Behandlung:

- operative Entfernung der Zähne _____
- Wurzelspitzenresektion am Zahn _____
 - mit orthograder Wurzelfüllung
 - mit retrograder Wurzelfüllung
- Zystenentfernung im Bereich _____
- implantologische Versorgung im Bereich _____
- Behandlung unter Vollnarkose _____

Nach Abschluss der chirurgischen Behandlung bitte ich um Rücküberweisung des Patienten, sowie Rückgabe von mitgegebenen Unterlagen und einen kurzen Behandlungsbericht

Bemerkungen

Mit kollegialen Grüßen

Datum / Unterschrift

Standort Osternburg

Dragonerstraße 1, 26135 Oldenburg
Tel: 0441 / 25225
Fax: 0441 / 17 007
info@praxis-osternburg.de

Standort Bürgerfelde

An der Südbäke 1, 26127 Oldenburg
Tel: 0441 / 63 0 53
Fax: 0441 / 63 055
info@praxis-buergerfelde.de

Unsere Sprechzeiten

Sie erreichen uns von:
Mo-Do 08.00 Uhr - 19.00 Uhr
Freitag 08.00 Uhr - 17.00 Uhr
oder nach Vereinbarung!