

<b>AoK</b>	<b>lkk</b>	<b>bkk</b>	<b>ikk</b>	<b>VdAK</b>	<b>Aev</b>	<b>Knappschaft</b>	<b>Privat</b>
Name des Versicherten							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum			

Datum/Stempel

**Ich bitte um Vornahme folgender Leistungen:**

- Beratung:  Fragestellung: \_\_\_\_\_  
 Behandlung:  Rücksprache erbeten: \_\_\_\_\_

Entfernung folgender Zähne

Zahnfreilegung

Zahnsanierung in Intubationsnarkose

Wurzelspitzenresektion mit orthograder WF, mit retrograder WF

Parodontalchirurgie

Präprothetischer Eingriff

Implantatberatung regio \_\_\_\_\_ bevorzugtes Implantatsystem: \_\_\_\_\_

Knochenaufbau

Zystektomie regio

Untersuchung und Behandlung von Kiefergelenkbeschwerden

Fokussuche

Traumatologie/Unfall \_\_\_\_\_

Begutachtung \_\_\_\_\_

Abklärung eines unklaren Befundes Bereich/regio \_\_\_\_\_

Sonstiges, Bemerkungen \_\_\_\_\_

Behandlung in  Vollnarkose  Analgosedierung  LA

Digitale Volumentomographie (DTV) / Röntgenaufnahme \_\_\_\_\_

Bericht via:  Telefon  Mail  Fax  Brief

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift