

Überweisung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Termin

Bitte führen Sie folgende Leistungen durch:

Dento-alveoläre Chirurgie

- Entfernung der Zähne, Wurzelreste _____
- Weisheitszahnentfernung _____
- Apikale Sanierung der Zähne (wsr) _____
- Konservierende-chirurgische Sanierung in ITN _____
- Präprothetische Chirurgie _____
- Wundversorgung _____

Implantologie

- Implantatsetzung regio _____
- Knochenaugmentation regio _____
- Sinusbodenelevation regio _____
- Weichgewebsaugmentation regio _____
- Implantatsystem* Camlog Straumann
- Andere _____

PROF. DR. MICHAEL **Stimmelmayer & Stanql** DR. MARTIN
ZAHNÄRZTE | ORALCHIRURG
TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT-IMPLANTOLOGIE (BDIZ)
SPEZIALIST FÜR PARODONTOLOGIE (EDA)

Josef-Heilingbrunner-Str. 2
93413 Cham
Tel. 0 99 71. 23 46
Telefax 84 35 88
praxis@m-stimmelmayer.de

Überweisender Zahnarzt:

Parodontologie

- Systematische Parodontaltherapie _____
- Resektive Parodontaltherapie regio _____
- Regenerative Parodontaltherapie (GTR) regio _____

KFO-Chirurgie

- Freilegung von Zahn mit Anschlingung mit Tamponade
- Lippen- / Zungenbandplastik _____
- KFO-indizierte Zahnentfernung regio _____
- Kieferorthopädisches Implantat regio _____

Narkosebehandlung

- ITN Sedierung

Septische Chirurgie

- Abszesseröffnung _____
- Kieferhöhlensanierung _____
- Speicheldrüsenbehandlung / Speichelstein _____

Sonstiges

