

WAS DÜRFEN WIR FÜR SIE TUN?

DENT - ÜBERWEISUNGSFORMULAR

PATIENT

Name: _____

Datum: _____

Praxis-Stempel, Datum

Aufgrund der DSGVO-Richtlinien bitten wir AKTUELLE RÖNTGENBILDER bereits zur ERSTVORSTELLUNG mitzugeben oder über das KZV-Postfach oder KIM zu übermitteln.

Vielen Dank, Ihr Praxis-Team von Bella & Dent

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | II | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | III | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

ÜBERWEISUNG FÜR:

- Röntgen 2D OPG
- Röntgen 3D DVT
- Osteotomie / Extraktion _____
- Mundschleimhautrekrankungen _____
- WSR / Zyste regio _____
- Sonstiges: _____

DENT - Status / Planung

| | ERLEDIGT | ÜW | B&D |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> EZA / OPG | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> KONS. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> PZR / PA | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> ZE | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> CMD | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> IMPL | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- Periimplantitis-Studie Uni Heidelberg
- Beratung Dysgnathie
- Informationen zu SAFIR erwünscht

DENT - IMPLANTOLOGIE

BEH.PLAN / ZE PLAN Online

| | | | | | |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|---------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ti.Si. Snap / Locatoren | <input type="checkbox"/> | LZP | <input type="checkbox"/> | Def. ZE | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Steg | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Teleskopkrone | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Krone _____ | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Brücke _____ | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> F & F | <input type="checkbox"/> | OK | <input type="checkbox"/> | UK | <input type="checkbox"/> |

Bitte vor OP klären

IMPLANTATPLAN

- LZP / Provisorium: _____
- Implantatanzahl _____
- Wunschpositionen _____
- Rücksprache ÜW Pat
- D1 D2 D3

IHRE BEHANDLER - DENT



Priv.-Doz. Dr. Dr. M.Sc.

Oliver Seitz

Implantologie | Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie



dr. Stom.

Vladimir Bojic

Zahnarzt | Weiterbildung zum Facharzt für Oralchirurgie

IHRE BEHANDLER - BELLA



Priv.-Doz. Dr. Dr. M.Sc.

Oliver Seitz

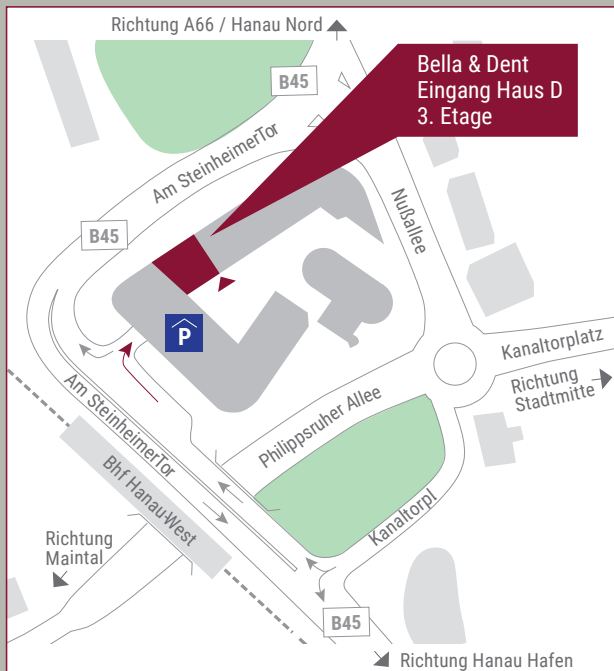
Ästhetische Gesichtschirurgie | Plastische und Ästhetische Operationen | Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie



Dr. med.

Cennet Dalmis

Ästhetische Medizin | Präventivmedizin
Fachärztin für Frauenheilkunde



WIE ERREICHEN SIE UNS?

Auto - Anfahrt Gloria Palais

Gloria Palais Parkhaus (24h geöffnet)

Am Steinheimer Tor 1a

63450 Hanau

Web: www.gloria-palais.de/parkhaus

Bus

Haltestelle Hanau Westbahnhof

Taxi

Haltestelle direkt am Gloria Palais

Zug

Haltestelle Hanau West