

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name des Versicherten		geboren am
Kassen Nr.	Versicherten Nr.	Status
Vertragsarzt Nr.	VK gültig	Datum

DR. PHILLIP WALLOWY

Zahnarzt

Fachzahnarzt für Oralchirurgie

Zertifizierter Implantologe (Konsensuskonferenz)

Ambulante Operationen

Digitale Volumentomographie

Laiblingsplatz 6

72793 Pfullingen

Telefon: 07121 78866

Telefax: 07121 3884492

ÜBERWEISUNG ORALCHIRURGIE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Ihr Zahnarzt hat Sie bereits über die Gründe dieser Überweisung aufgeklärt. Wir bitten Sie für Ihre Erstvorstellung einen Termin unter der Telefonnummer 07121 78866 zu vereinbaren. In der Regel erfolgt zunächst eine Besprechung über den Behandlungsablauf und ein gesonderter Behandlungstermin wird vereinbart. In gewissen dringlichen Fällen kann die Behandlung auch sofort durchgeführt werden.

Bitte bringen Sie sämtliche Unterlagen von Ihrem Arzt bzw. Zahnarzt zum Besprechungstermin mit (Medikamentenpass, Röntgenbilder, Allergiepass, Befunde, ...)

Wir freuen uns auf Ihren Besuch.

Dr. Phillip Wallowy

Ihr Weg zu uns



BITTE UM DURCHFÜHRUNG FOLGENDER LEISTUNGEN:

Dentoalveoläre Chirurgie

- Zahnextraktion | Osteotomie
- Hemisektion
- Wurzelspitzenresektion
- Kieferhöhlenoperationen
- MAV-Deckung
- Abszessbehandlung
- Zystektomie | Zystostomie
- Traumatologie
- Mundschleimhautveränderung
- Vestibulumplastik | Schlotterkammexzision

Parodontale Chirurgie

- Systemische Parodontaltherapie
- Chirurgische Parodontaltherapie
- Regenerative Therapie
- Rezessionsdeckung
- Chirurgische Kronenverlängerung

Diagnostik

- OPG
- DVT

Sonstiges | Anmerkungen | Risikoanamnese | etc.

- Rückruf erbeten
- neue Überweisungsscheine senden

Implantologie

- Implantatberatung
- Implantation
 - Gewünschtes System
- Knochenaugmentation
- Sinuslift intern | extern
- Weichgewebsmanagement
- Periimplantitistherapie
- Implantatentfernung
- Socket Preservation
- 3D-Planung

KFO-Chirurgie

- Freilegung
 - Ohne | mit Bracketfixierung
- Korrektur von Lippen- und Zungenbändchen
- KFO-Pins | Implantate

Bitte durchführen in

- Analgosedierung
- Vollnarkose

(Stempel | Unterschrift)