

AOK	LKK	BKK	IKK	VDAK	AEVK	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

Überweisender Arzt / Zahnarzt
Datum

Überweisung an

Dr. Jürgen Beck
 Zahnarzt
 Oralchirurgie
 Luitpoldstraße 5
 83022 Rosenheim



Tel. 0 80 31 – 38 25 25
 Fax 0 80 31 – 38 25 26
 dr.juergen.beck.ro@t-online.de

Gewünschte Leistungen:

- Untersuchung und Beratung _____
- Röntgen (DVT) _____
- Röntgen (OPG) _____
- Zahnentfernung _____
- Zystektomie / Zystostomie _____
- Wurzelspitzenresektion (WSR) am Zahn _____
 mit orthograder WF mit retrograder WF
- Implantation von _____
 Camlog-Implantaten
 Straumann-Implantaten
 Frialit-Implantaten
 Xive-Implantaten regio _____
- Sinusbodenelevation regio _____
- Zahnfreilegung mit Kleben eines Brackets
- Abszessinzision regio _____
- PA-Behandlung mit Knochenaugmentation
- Excision des Lippenbändchens / Zungenbändchens _____
- Vestibulumplastik regio _____
- Entfernung einer Geschwulst regio _____
- Sonstiges _____

<input type="checkbox"/> Arztbrief erwünscht	<input type="checkbox"/> Rückruf erwünscht
<input type="checkbox"/> Röntgenaufnahmen anbei _____ x OPG _____ x Kleinröntgenaufnahme	

- Behandlung gewünscht in
- Lokalanästhesie
 - Vollnarkose
 - Analgosedierung
 - Überwachungs-stand-by
 - Maskennarkose

Mit freundlichen Grüßen