

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

Vertragsarztstempel

Ich bitte um Vornahme folgender Leistungen:

- Beratung Behandlung
 Entfernung der Zähne
 Freilegung der Zähne 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
 Diastema-OP _____
 Apicale Sanierung der Zähne mit WK/WF 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
 Plast. Parodontalchirurgischer Eingriff
 präprothetische Chirurgie (Verbesserung Prothesenlager) OK UK
 Implantatberatung regio _____
 Bevorzugtes Implantatsystem _____
 Untersuchung und Behandlung von Kiefergelenksbeschwerden
 Focussuche
 Traumatologie (Luxations- / Frakturbehandlung)
 Verdacht auf Neuralgie im Bereich / regio _____
 Abklärung eines unklaren Befundes im Bereich / regio _____
 Chirurgische Dysgnathiekorrektur
 Narben-, Falten-, Lidkorrektur
 Sonstiges: _____
 Behandlung in Vollnarkose Analgosedierung
 Röntgenuntersuchung: Orthopantomogramm
 OK-Aufbiß UK-Aufbiß Mundboden
 Nasennebenhöhlenaufnahme
 Kiefergelenksaufnahme
 DTV Fragestellung: _____

Bemerkungen: _____

Handzeichen: _____ Datum: _____

Fachpraxis für
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Oralchirurgie
Zertifizierte Implantologie
Parodontologie

TRs

Dr. med. **Bernd G. Rehberg**
Dr. med. dent. **Daniel Tolan**
Dr. med. dent. **Rainer Schenk**

**überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
Erding-Holzkirchen, Standort Holzkirchen**

83607 Holzkirchen • Marktplatz 18b
Tel. 08024/474044-0 • Fax 08024/474044-1

email: praxis@kieferchirurgie-holzkirchen.de
home: www.kieferchirurgie-holzkirchen.de

SPRECHZEITEN

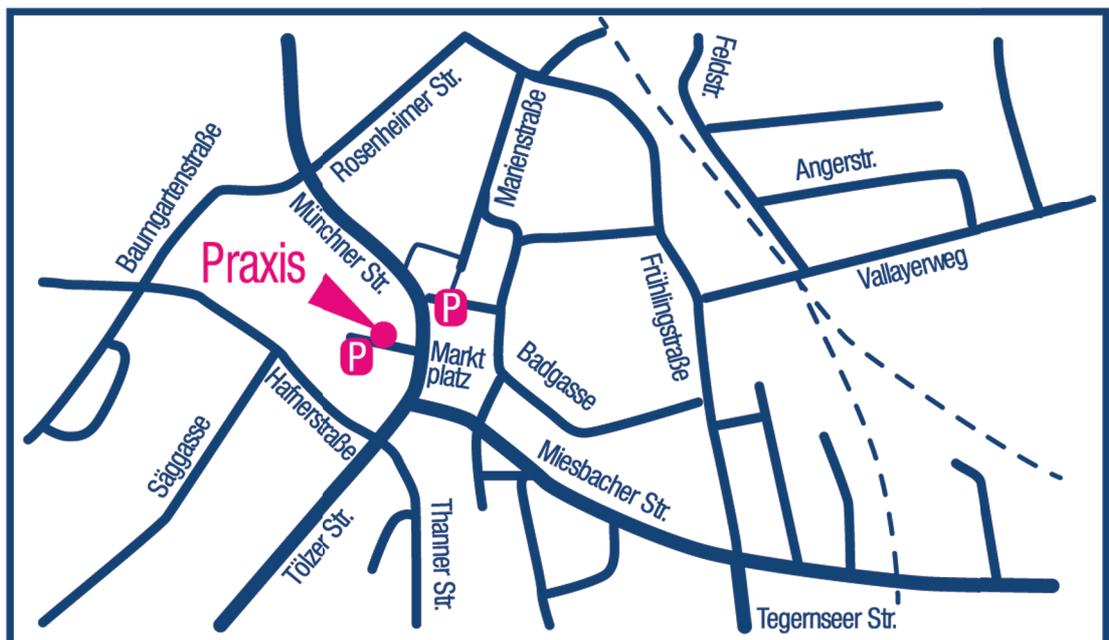
Montag, und Donnerstag:
8 - 13 und 15 - 18 Uhr

Dienstag 8 - 13 Uhr und 15 - 19 Uhr

Mittwoch: 8 - 14 Uhr

Freitag: 8 - 15 Uhr

sowie nach Vereinbarung



**Ihr
persönlicher
Termin:** _____

Kann der Termin nicht eingehalten werden, bitte spätestens 24 Stunden vorher abmelden.