DR. MED. DENT. M. SC.

STRÖSSNER + TEAM

So können wir Ihren Kinderpatienten weiterhelfen

www.zahnarzt-weissenfels.com · kontakt@zahnarzt-weissenfels.com

Leopold-Kell-Straße 25
06667 Weißenfels
Tel.: 03443 3396554

Bitte durch den Überweiser ausfüllen

DR. MED. DENT. M. SC.
STRÖSSNER + TEAM

Vorname **Name**

Patientenname

Wir überweisen die Patientin / den Patienten zur Behandlung in der Kinderpraxis und bitten um Durchführung folgender Leistungen:

- ○ Kons.-chir. Sanierung aller behandlungsbedürftigen Zähne
- ○ Wenn möglich Füllungstherapie an folgenden Zähnen
- ○ Wenn möglich Kinderkronen (Stahlkronen) an folgenden Zähnen
- ○ Extration folgender Zähne
  - ○ wegen Schmerzen ○ wegen Fistel
  - ○ aus KFO-Gründen ○ wegen Z. n. Trauma
- ○ Korrektur des:
  - ○ Lippenbändchens ○ Zungenbändchens
- ○ Eine Fissurenversiegelung ist erwünscht
  - ○ Ja ○ Nein

Der Eingriff soll durchgeführt werden in

- ○ Allgemeinnarkose ○ Behandlungsversuch mit Lachgas

Röntgenunterlagen

- ○ per E-Mail an: kontakt@zahnarzt-weissenfels.com
- ○ liegen anbei

Sonstiges

Datum / Praxisstempel / Unterschrift

Nach erfolgter Behandlung überweisen wir Ihren Patienten an Sie zurück.