

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Patienten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

ÜBERWEISUNGSFORMULAR

Weitere Angaben

Um Rückruf wird gebeten Weitere Unterlagen beiliegend per Post




Zweck der Überweisung:

- Entfernung Zahn/Zähne
- Entfernung Weisheitszähne
- Entfernung verlagerter Zähne
- Kons.-chir. Sanierung
in Narkose/ Sedierung
- Narkosebehandlung
- Ästhetische Zahnfleisch-
korrektur regio
- Parodontal-Behandlung
- Wurzelspitzenresektion Zahn
- Kieferhöhlenoperation
- Behandlung von Mundschleim-
haut und Kieferveränderungen
- Behandlung von Kiefergelenk-
Erkrankungen
- Lasertherapie regio
- Implantate regio
- Augmentation regio



PRAXIS ATEŞ

Gotenring 1 · Köln-Deutz · Tel. 0221 - 81 21 05

-  S-Bahn Linien S6, S11, S12, S13
-  U- und Straßenbahn Linien 1, 3, 4, 9
-  Buslinien 150, 151, 153, 170, 250 260