

Überweisungsauftrag

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

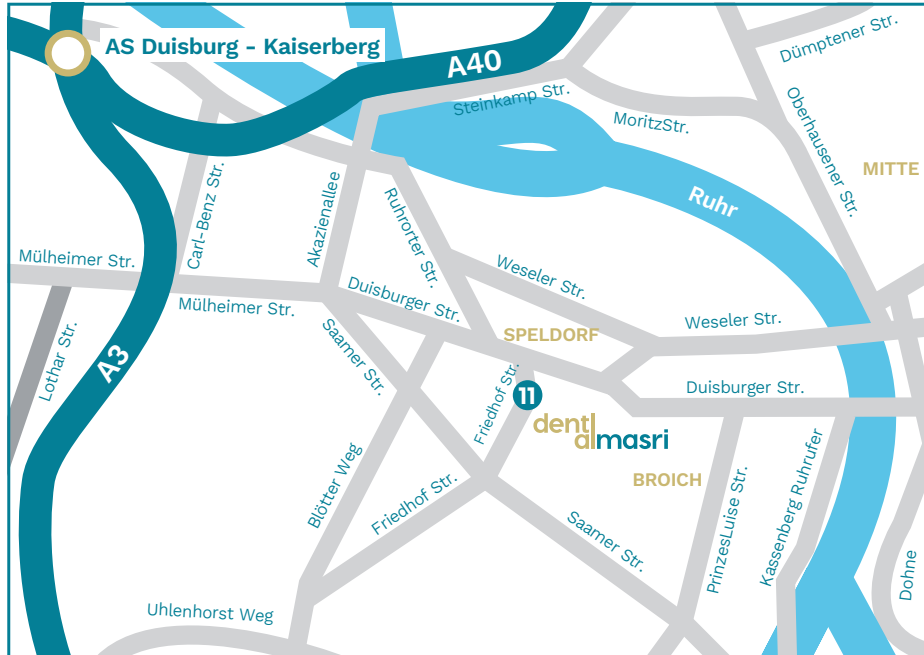
Röntgenbilder: mitgegeben Keine

- Zahnentfernung Zahn _____
- Weisheitszahnentfernung
- Entfernung Wurzelrest regio _____
- Abszessinzision-Behandlung _____
- WSR Zahn _____
- WSR und WF Zahn _____
 orthograd retrograd
- Zystektomie/-ostomie _____
- Hemisektion Zahn _____
- Freilegung Zahn _____
- Plastische Deckung regio _____
- Lippen-/Bändchenplastik _____
- Probeexzision _____
- chirurgische PA-Therapie (CPT) regio _____
- Knochenresektion _____
- Knochenaugmentation regio _____
- Implantat(-beratung) regio _____
- Röntgenuntersuchung:
 - OPG
 - Kiefergelenk
 - DVT-Diagnostik
- Sonstiges _____

Überweiser (Praxisstempel)

Datum: _____

Ihr Weg zu uns



dent
almasri

Oralchirurgie | Zahnheilkunde

DR. (SY) SALAH-E. ALMASRI
FACHZAHNARZT FÜR ORALCHIRURGIE

Sprechzeiten

Mo	09.00 – 13.00	15.00 – 18.00
Di	08.00 – 13.00	15.00 – 18.00
Mi	08.00 – 12.00	
Do	08.00 – 12.00	14.00 – 18.00
Fr	08.00 – 13.00	

Code scannen und
per Google Maps zu
uns navigieren.

