

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

**FACHPRAXIS FÜR IMPLANTOLOGIE,
ORALCHIRURGIE UND 3D-DIAGNOSTIK**

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Dr. med. dent. **PHILIPP RIEDEL**

Fachzahnarzt für Oralchirurgie · Zahnarzt

Vertragszahnarzt-Nr.

VK gültig bis

Datum

Bruchweg 38
32657 Lemgo
05261 660 555 0

Ihr Termin am _____ um _____ Terminvereinbarung (bitte wenden)

ÜBERWEISUNG

- Weisheitszähne 18 28
 48 38
- Zahntfernung _____
 mit WF
- WSR _____ mit retrograder WF
- Zahnfreilegung _____ mit Bracket
- PAR-Chirurgie _____
- Exzision _____
- Kieferhöhlen-OP/Plastische Deckung _____
- Abszessinzision _____
- (Milchzahn-) Sanierung in Narkose _____
- Implantation _____
- Knochenaufbau _____ Sinuslift

BESONDERHEITEN

- Angstpatient Risikopatient
 Bisphosphonate/XGEVA
 Antikoagulation _____

BEHANDLUNG IN

- Sedierung Vollnarkose

FOCUSSUCHE VOR

- Bisphosphonattherapie
 Chemo-/Radiotherapie
 Sonstiges _____

BITTE UM RÜCKSPRACHE

RÖNTGENDIAGNOSTIK

- OPG DVT (bitte wenden)

SONSTIGE FRAGESTELLUNGEN _____

RÖNTGENBILD(ER) PER KIM Mail CD

Sonstige Unterlagen _____

Stempel, Datum, Unterschrift Behandler/in

ONLINE-TERMINE



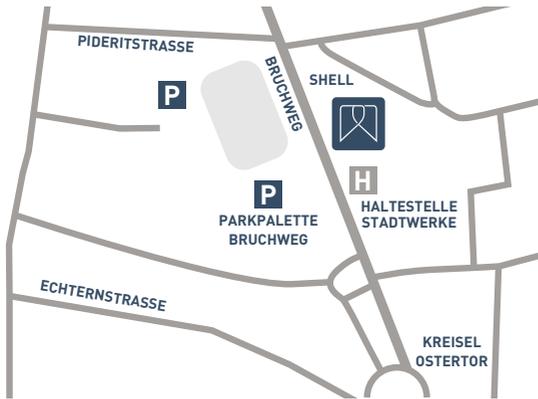
TELEFON & WEB

05261 660 555 0
termin@oc-riedel.de
www.oc-riedel.de

TELEFONISCHE SPRECHZEITEN

Mo/Di/Do 8.00 - 13.00
14.00 - 17.00
Mi/Fr 8.00 - 12.00

ANFAHRT



Mit dem Auto: Parkmöglichkeiten befinden sich direkt an der Praxis (kostenfrei) sowie gegenüber in der Parkpalette am Bruchweg und in der Pideritstraße.

Mit dem ÖPNV: Ausgehend vom Zugbahnhof (ZOB) Lemgo zur Haltestelle „Stadtwerke“

Bitte bringen Sie zu Ihrem Besuch mit:

- Ihre Versichertenkarte
- diese Überweisung
- ggf. Röntgenbilder
- ggf. Medikamentenplan

DVT-ANFORDERUNG¹

FRAGESTELLUNG (bitte ankreuzen)

- Fragliche Lagebeziehung Zahn/Nerv _____
- Kieferhöhlendiagnostik rechts links Kiefergelenkdiagnostik rechts links
- Zyste/Osteolyse _____ Knochenveränderung _____
- Verlagerter Zahn/Ausschluss Resorption _____ V.a. Fraktur regio _____
- Sonstiges _____
- Implantatplanung regio _____ (Rücksprache erforderlich)

AUSWERTUNG (bitte ankreuzen)

- DVT-Auswertung erfolgt durch Überweiser² durch Fachpraxis Oralchirurgie Riedel

1) Abrechnung erfolgt nach GOÄ direkt mit dem/der Patient/in

2) Überweiser versichert, über die DVT-Fachkunde nach RöV zu verfügen, nach Absprache