

Rezeptkopf bzw. Patientendaten

Praxisgebühr bezahlt: 

Ja	Nein
----	------

  
 Wenn ja, für das  
 Quartal: \_\_\_\_\_

**Gewünschte Maßnahmen:**

Beratung bzgl.: .....  
 Behandlung in **LA / LA/AS / ITN**, weil .....  
 .....

**Zahn/Zähne:**

Extraktion von: .....  
 Operative Entfernung von: .....  
 Operative Freilegung von: .....  
 WSR Regio: .....  
 WF: **orthograd / retrograd**  
 Transplantation von .....nach .....

**Implantologie:**

Implantation Regio: ..... Implantat-System: .....  
 Augmentation Regio : ..... Material : .....

**Zyste /-n :**

Zystektomie /-ostomie Regio : .....  
 Knochenersatz : **ja / nein** Material : .....

**Kieferhöhle /-n :**

Kieferhöhlen-Op: **rechts / links**  
 Operative Entf.: **Mucocele / Zyste / rechts / links**  
 MAV-Verschluss Regio: .....  
 Kieferhöhlen-Revision: **rechts / links**

**Traumatologie:**

.....  
 .....

**Abszess /-e:**

Inzision / Drainage von: .....  
**mit / ohne** Kausaltherapie

**Präprothetische / PA-Chirurgie:**

Knochenglättung: .....  
 Vestibulumplastik: .....  
 Mundbodenplastik: .....  
 Tuberplastik: .....  
 PA-Chirurgie: .....

**Tumorchirurgie:**

Probeexcision Regio: .....  
 Tumorentfernung: .....  
 Lymphknotenausräumung: .....  
 Plastische Deckung: .....

**Sonstige Behandlungen:**

Speichelsteinentfernung: .....  
 Bändchen-Plastik: .....  
 Nasen-Korrektur: .....  
 Narben-Korrektur: .....  
 Lippen-Korrektur: .....  
 Korrektur des äußeren Ohres: .....  
 Augenlid-Korrektur: .....  
 Entfernung von Hautveränderungen:  
 .....

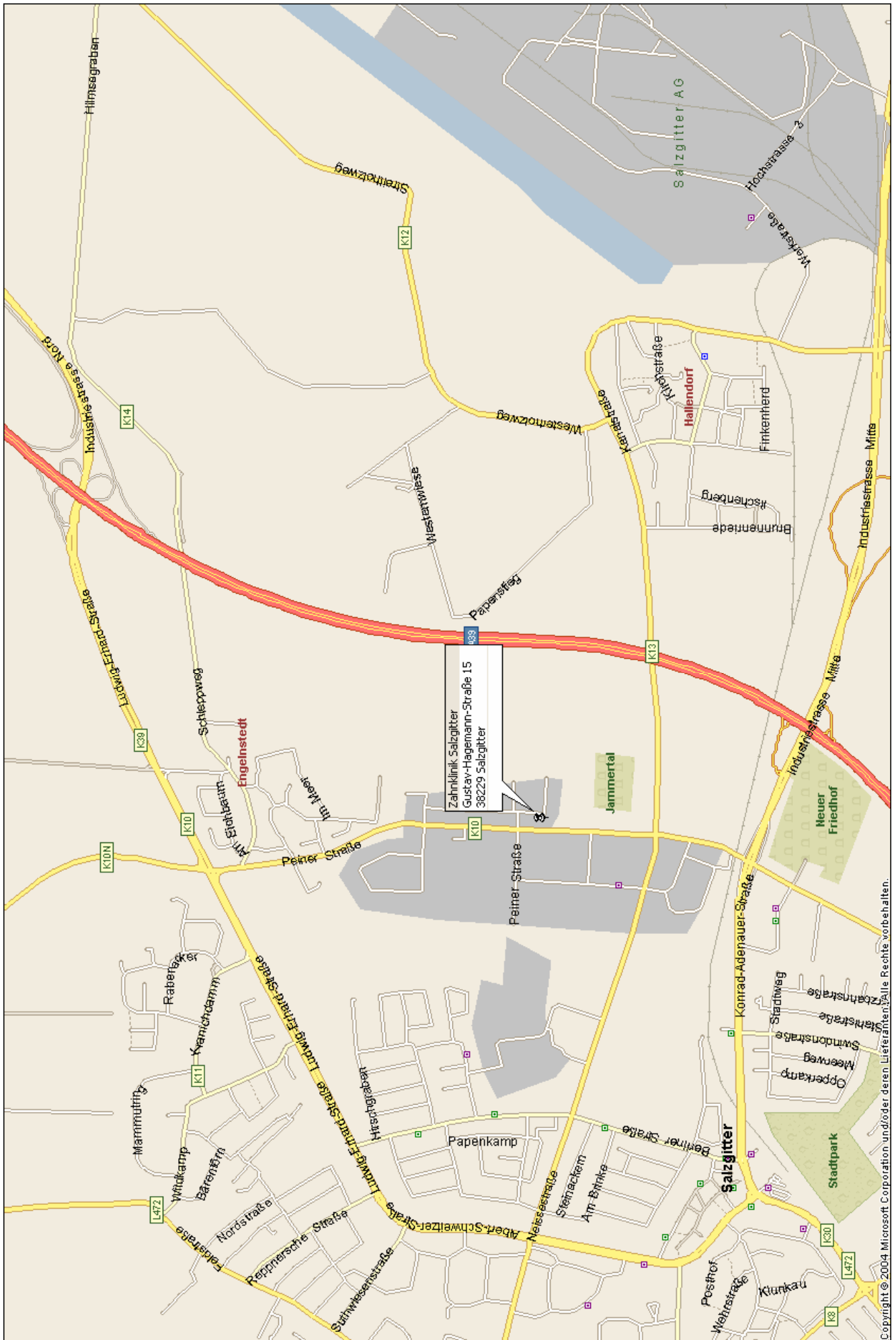
**Sonstiges:**

.....  
 .....

Praxisstempel

Datum, Unterschrift



Copyright © 2004 Microsoft Corporation und/oder deren Lieferanten. Alle Rechte vorbehalten.

**Zahnklinik Salzgitter**  
Gustav-Hagemann Straße 15 ♦ 38229 Salzgitter-Engelstede (Gewerbegebiet)  
Tel. 05341 / 18607-0 Fax. 05341 / 18607-29