

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt Nr.	VK gültig bis	Datum



ORALCHIRURGIE AM JUTE-CENTER

DR. JAN BUNSE | ORALCHIRURG | ZAHNARZT

Weberstraße 9 | 27753 Delmenhorst

Tel.: 0 42 21 / 1 38 07 | Fax: 0 42 21 / 1 39 11

E-Mail: info@oralchirurgie-delmehorst.de

Web: www.oralchirurgie-delmehorst.de

Überweisung zur Durchführung folgender Leistung/-en:

Lokalanästhesie
 Analogsedierung
 Allgemeinnarkose

Röntgenbilder bitte an roentgen@oralchirurgie-delmehorst.de

Überwiesen durch (Stempel):

Zahntfernung von _____

Wurzelspitzenresektion an: _____

- Wurzelfüllung orthograd
- Wurzelfüllung retrograd
- Mikroskop (zuzahlungspflichtig)

Implantation _____ Augmentation _____

Operative Zahnfreilegung _____ mit Anschlingung _____

Parodontalchirurgie: _____

Lippenbandplastik _____ OK UK Zungenbandplastik

Sonstiges _____

Rückruf erbeten

Visitenkarte senden

Überweiserbögen senden