

ÜBERWEISUNGSFORMULAR

ueberweiser@mkg-dinslaken.de



Hiermit überweise ich Frau / Herrn _____ Geburtsdatum: _____

Kiefer- und Oralchirurgie, Implantologie

- Entfernung der Zähne _____
- Wurzelspitzenresektion regio _____
- Zystektomie
- Implantatversorgung regio _____
 - Camlog
 - Straumann
 - Keramik
 - anderes _____
- Kieferaugmentation regio _____
- Zahnfreilegung regio _____
- Korrektur Lippen-, Zungenband
- PA-Chirurgie / Periimplantitistherapie
- Abklärung Mundschleimhautveränderung
- Abszessbehandlung:
 - intraoral
 - extraoral
- Frakturversorgung: Kiefer, Gesicht
- Dysgnathiechirurgie:
 - Monomaxillär
 - Bimaxillär
 - Gaumennahterweiterung
- Kiefergelenksbeschwerden
- Behandlung bei Kindern und Patienten mit körperlicher und geistiger Behinderung
- Narkosebehandlung
- 3D DVT-Diagnostik

Dermatochirurgie

- Entfernung Hautveränderung / Hauttumor

Ästhetische Gesichtschirurgie

- Augenlidstraffung
- Ohrkorrektur
- Nasenkorrektur
- Profilkorrektur
- Kinnkorrektur
- Faltenbehandlung (Botulinumtoxin A, Hyaluron)

- Rücksprache erwünscht

Anmerkungen

Datum / Unterschrift / Stempel

