

## Oralchirurgische Überweisung

Name, Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Frau Dr. Schwermer,

hiermit überweise ich Ihnen den oben genannten Patienten zur Durchführung folgender Behandlung:

Entfernung der Zähne:  
\_\_\_\_\_

Operative Entfernung der Weisheitszähne:  
18 ○ 28 ○ 38 ○ 48 ○

Wurzelspitzenresektion am Zahn/an den Zähnen:  
\_\_\_\_\_

implantologische Versorgung im Bereich:  
\_\_\_\_\_

Freilegung der Zähne:  
\_\_\_\_\_

Sonstiges/Bemerkungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Überwiesen durch Praxis \_\_\_\_\_

Stempel & Unterschrift