

AOK	LKK	BKK	IKK	VDK	AEVK	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Überweisender Arzt / Zahnarzt
Datum

Überweisung an

Dr. Jürgen Beck
Zahnarzt
Oralchirurgie
Luitpoldstraße 5
83022 Rosenheim



Tel. 08031-38 25 25
Fax 08031-38 25 26
dr.juergen.beck.ro@t-online.de

Gewünschte Leistungen:

- ☐ Untersuchung und Beratung _____
- ☐ Röntgen (DVT) _____
- ☐ Röntgen (OPG) _____
- ☐ Zahnentfernung _____
- ☐ Zystektomie / Zystostomie _____
- ☐ Wurzelspitzenresektion (WSR) am Zahn _____
 - ☐ mit orthograder WF ☐ mit retrograder WF
- ☐ Implantation von _____
 - ☐ Camlog-Implantaten
 - ☐ Straumann-Implantaten
 - ☐ Frialit-Implantaten
 - ☐ Xive-Implantaten regio _____
- ☐ Sinusbodenelevation regio _____
- ☐ Zahnfreilegung ☐ mit Kleben eines Brackets _____
- ☐ Abszessinzigion regio _____
- ☐ PA-Behandlung ☐ mit Knochenaugmentation _____
- ☐ Excision des Lippenbändchens / Zungenbändchens _____
- ☐ Vestibulumplastik regio _____
- ☐ Entfernung einer Geschwulst regio _____
- ☐ Sonstiges _____

☐ Arztbrief erwünscht	☐ Rückruf erwünscht
☐ Röntgenaufnahmen anbei _____ x OPG _____ x Kleinröntgenaufnahme	
☐ Kassengebühr für _____ Quartal 201 _____	
☐ wurde entrichtet	☐ wurde nicht entrichtet ☐ befreit ☐ privat

- Behandlung gewünscht in
- ☐ Lokalanästhesie
 - ☐ Vollnarkose
 - ☐ Analgosedierung
 - ☐ Überwachungs-stand-by
 - ☐ Maskennarkose

Mit freundlichen Grüßen