

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte vereinbaren Sie für ein erstes Beratungsgespräch **telefonisch** einen Termin in unserer Praxis.

Bringen Sie zu Ihrem Beratungstermin bitte folgende Unterlagen mit:

- Ihre **Versicherungskarte**
- **Vorhandene Unterlagen** (Röntgenbilder, Medikamentenliste, Arztbriefe, Allergiepass, Marcumarpass)

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!



Dr. Florian Adelman

Fachzahnarzt für Oralchirurgie

Praxis Dr. Florian & Dr. Regina Adelman

Jesuitenstr. 17

85049 Ingolstadt

Tel.: 0841-34513

Fax: 0841-34514

kontakt@dr-adelmann.de

www.dr-adelmann.de

Überweisung

Patient*in	
------------	--

Name, Vorname

Geburtsdatum

Patient*in	Regio
------------	-------

DVT-Diagnostik

OPG

Extraktion – Osteotomie	Regio
-------------------------	-------

Zahnentfernung

Zahnerhaltende Chirurgie	Regio
--------------------------	-------

Wurzelspitzenresektion WSR

Freilegung Zahn

Anschlingung ja nein

Implantologie	Regio
---------------	-------

Implantatberatung & Planung

Implantation

Gewünschtes System/Alternative

Geplante Implantatposition

Knochenaufbau

Sonstiges	Regio
-----------	-------

Abklärung unklarer Befund

Beurteilung Mundschleimhaut

Probeexzision

Entfernung Schleimhautveränderung

MAV-Deckung

Zystenbehandlung

Abszessbehandlung

Präprothetischer Eingriff

Lippen-, Zungen-, Wangenplastik

Bemerkungen	
-------------	--

Bitte um Rückruf unter Telefonnr.:	
------------------------------------	--

Erbitte Zusendung	
-------------------	--

Visitenkarten

Überweisungsscheine

Praxisstempel & Unterschrift