



ZAHNKLINIK BUNDE  
DR. **WIEGAND**  
& **KOLLEGEN.**

---

ÜBERWEISUNG ZUR  
DURCHFÜHRUNG  
CHIRURGISCHER  
LEISTUNGEN.

DATUM: \_\_\_\_\_

PATIENT (NAME, VORNAME UND GEBURTSDATUM): \_\_\_\_\_

## ☐ ORAL- UND KIEFERCHIRURGIE.

- Zahnentfernung \_\_\_\_\_
- WSR \_\_\_\_\_
- Zystektomie/Zystostomie \_\_\_\_\_
- Kieferorthopädische Freilegung \_\_\_\_\_
- Modellierende Osteotomie/Exostosen \_\_\_\_\_
- Vestibulumplastik/Mundbodenplastik/Tuberplastik \_\_\_\_\_
- Abzessinzision \_\_\_\_\_
- Kieferhöhlenrevision \_\_\_\_\_
- MAV-Verschluss \_\_\_\_\_
- Speichelsteinentfernung \_\_\_\_\_

## ☐ IMPLANTOLOGIE.

- Implantation \_\_\_\_\_
- Augmentation \_\_\_\_\_
- Freilegung von Implantaten \_\_\_\_\_
- Periimplantitistherapie \_\_\_\_\_
- Implantatentfernung \_\_\_\_\_

## ☐ PARODONTALE CHIRURGIE.

- Offene Kürettage \_\_\_\_\_
- Rezessionsdeckung \_\_\_\_\_
- Schleimhauttransplantat \_\_\_\_\_
- Aufbau von Knochendefekten \_\_\_\_\_

## ☐ HAUT- UND MUNDSCHLEIMHAUTERKRANKUNGEN.

- Abklärung \_\_\_\_\_
- Tumorentfernung \_\_\_\_\_

## ☐ RADIOLOGIE.

- Panoramaschichtaufnahme (OPG) \_\_\_\_\_
- Digitales Volumentomogramm (DVT) \_\_\_\_\_

Fragestellung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ☐ SONSTIGES.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ☐ ANÄSTHESIE.

- Behandlung in Sedierung (Dämmerschlaf) \_\_\_\_\_
- Vollnarkose (ITN) \_\_\_\_\_

## ☐ TELEFONISCHER RÜCKRUF ERBETEN.

\_\_\_\_\_  
DATUM | PRAXISSTEMPEL | UNTERSCHRIFT

Nach erfolgreicher chirurgischer Behandlung überweisen wir Ihren Patienten an Sie zurück.

## IHR WEG ZU UNS.

### Zahnklinik Bunde

Zum Park 4 | D-26831 Bunde



---

### Dr. Hagen F. Wiegand

Zahnarzt & Fachzahnarzt für Oralchirurgie  
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Fon +49 (0)4953 9237710

Fax +49 (0)4953 9237720

info@zahnklinik-bunde.de

www.zahnklinik-bunde.de