

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



**PARKPRAXIS**  
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

**Fachärzte für Mund-, Kiefer- & Gesichtschirurgie**  
**Plastische Operationen**  
**Oralchirurgie**  
**Implantologie**

**Überweisung zur  
Durchführung  
folgender Leistung/-en**

PARKPRAXIS  
Dr. Igor Stojanovski, Ömer Gültekin &  
Gligor Stojanovski  
Landsberger Allee 44  
10249 Berlin

Tel: 030 / 42 10 89 01  
Fax: 030 / 42 10 89 11

info@parkpraxis.de  
www.parkpraxis.de

Datum, Unterschrift, Stempel

- Röntgendiagnostik
- OPG
- DVT
- Region \_\_\_\_\_
- (Verdachts-) Diagnose \_\_\_\_\_
- Operative Entfernung/Extraktion Zahn \_\_\_\_\_
- Implantatberatung \_\_\_\_\_
- Implantation \_\_\_\_\_
- gewünscht das System \_\_\_\_\_ ● alternativ \_\_\_\_\_
- geplante Implantatposition (bitte ankreuzen)

8 7 6 5 4 3 2 1 – 1 2 3 4 5 6 7 8  
8 7 6 5 4 3 2 1 – 1 2 3 4 5 6 7 8

- WSA Zahn \_\_\_\_\_
- orthograde WF ● retrograde WF ● Wurzelfüllung präoperativ (Hauszahnarzt)
- Zystenbehandlung in reg. \_\_\_\_\_
- Freilegung Zahn \_\_\_\_\_ ● mit Bracketklebung
- Abszeßbehandlung in reg. \_\_\_\_\_
- Vestibulumplastik/Schlotterkammexzision in reg. \_\_\_\_\_
- Parodontalchirurgie \_\_\_\_\_
- Lippen-, Zungen-, Wangenplastik \_\_\_\_\_
- Exostosenabtragung \_\_\_\_\_
- Probeexzision/Tumorentfernung \_\_\_\_\_
- Beurteilung Mundschleimhaut in reg. \_\_\_\_\_
- Entfernung Hauttumor \_\_\_\_\_
- ambulante Narkosebehandlung \_\_\_\_\_
- ästhetische Gesichtschirurgie (Ober-, Unterlidplastik, Narbenkorrektur, Faltenbehandlung)

● Ergänzungen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Rüfuf erbeten unter \_\_\_\_\_
- Erbitten Zusendung ● Visitenkarte ● Flyer ● Überweisungsschein

Anlage  
● Modelle ● OPG ● Zahnfilm \_\_\_\_\_

