

Stempel überweisender Arzt/Zahnarzt

Datum

Wir bitten um

Rückruf

Arztbrief

Bitte führen Sie bei Frau/Herrn _____

folgende Maßnahmen durch

Röntgendiagnostik

DVT

Fokussuche

Implantatberatung regio _____

Kiefergelenksdiagnostik

Entfernung/Freilegung Zähne _____

Wurzelspitzenresektion Zahn _____

mit orthograder Füllung

mit retrograder Füllung

Präprothetische Chirurgie

Revisionseingriff

Abklärung einer Schleimhautveränderung

regio _____

Abklärung eines unklaren Befundes

Parodontalchirurgie

Flap-Operation

Augmentation (GBR)

Membrantechnik (GTR)

Plastische/Ästhetische Chirurgie

Dr. med. Dr. med. dent.

ERHARD LAZIK

ARZT FÜR

MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE

Dr. med. dent.

MARTIN HEEL

FACHZAHNARZT FÜR

ORALCHIRURGIE

Landwehrstraße 9

80336 München

TEL 089.545 847-0

FAX 089.545 847-2

SPRECHSTUNDEN

Mo, Di, Do 8.00–17.00 Uhr

Mi 8.00–16.00 Uhr

Fr 8.00–13.00 Uhr

SPEZIALSPRECHSTUNDEN

Implantologie

Präprothetische Chirurgie

Parodontologische Chirurgie

Gesichtsästhetik

Plastische Chirurgie

Hauttumore

Zentrum für Digitale

Volumetomographie (DVT)

Patient wünscht Behandlung in

Lokalanästhesie

Intubationsnarkose

Analgosedierung

Bemerkung _____