

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt Nr.	VK gültig bis	Datum



**DR. WÜRDINGER + DR. REISER**  
**ORALCHIRURGIE | IMPLANTOLOGIE**

**ÜBERWEISUNG zur Durchführung folgender Leistung/-en:**

**Oralchirurgie**

WSR  
 Zahn/Zähne

OSTEOTOMIE  
 Zahn/Zähne

EXTRAKTION  
 Zahn/Zähne

**Parodontologie**

KONSERVATIVE THERAPIE

CHIRURGISCHE THERAPIE

KNOCHENAUFBAU AM ZAHN (GTR)  
 Zahn/Zähne

REZESSIONSDECKUNG  
 Zahn/Zähne

**Implantologie**

BERATUNG

THERAPIE

GEPLANTE RESTAURATION  
 Zahn/Zähne

GEWÜNSCHTES IMPLANTATSYSTEM

**3D-Diagnostik (DVT)**

OK  UK  OK/UK

**Röntgendiagnostik**

OPG  ZAHNFILM  
 Zahn/Zähne

**Anästhesie**

SEDIERUNG

VOLLNARKOSE

Sonstiges

Überweiserstempel/Unterschrift

Frankfurter Strasse 6  
 35037 **Marburg**  
**Tel.:** +49 6421 1688990  
**Fax.:** +49 6421 1688991  
[marburg@oralchirurgie-hessen.de](mailto:marburg@oralchirurgie-hessen.de)

Sportparkstr. 2  
 35578 **Wetzlar**  
**Tel.:** +49 6441 2001090  
**Fax.:** +49 6441 2001091  
[wetzlar@oralchirurgie-hessen.de](mailto:wetzlar@oralchirurgie-hessen.de)



IHR WEG ZU UNS



IHR WEG ZU UNS