

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.		Datum



## Überweisungsformular

Zahntfernung: \_\_\_\_\_

WSR: \_\_\_\_\_

Retrograder Verschluss: \_\_\_\_\_

Freilegung Zahn: \_\_\_\_\_

Behandlung Kiefergelenke: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Implantatberatung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Implantation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Risikopatient: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OPG/DVT-Diagnostik

Rückruf erbeten:

neue Überweisungsformulare erbeten

## Unsere Öffnungszeiten (ab 01.01.2025):

Mo, Di: 08:00 - 12:00 Uhr und  
14:00 - 18:00 Uhr

Mi 10:00 - 13:00 Uhr

Do, Fr: 08:00 - 13:00 Uhr  
und nach Vereinbarung

## Kontakt:

Humboldtstraße 31

09669 Frankenberg

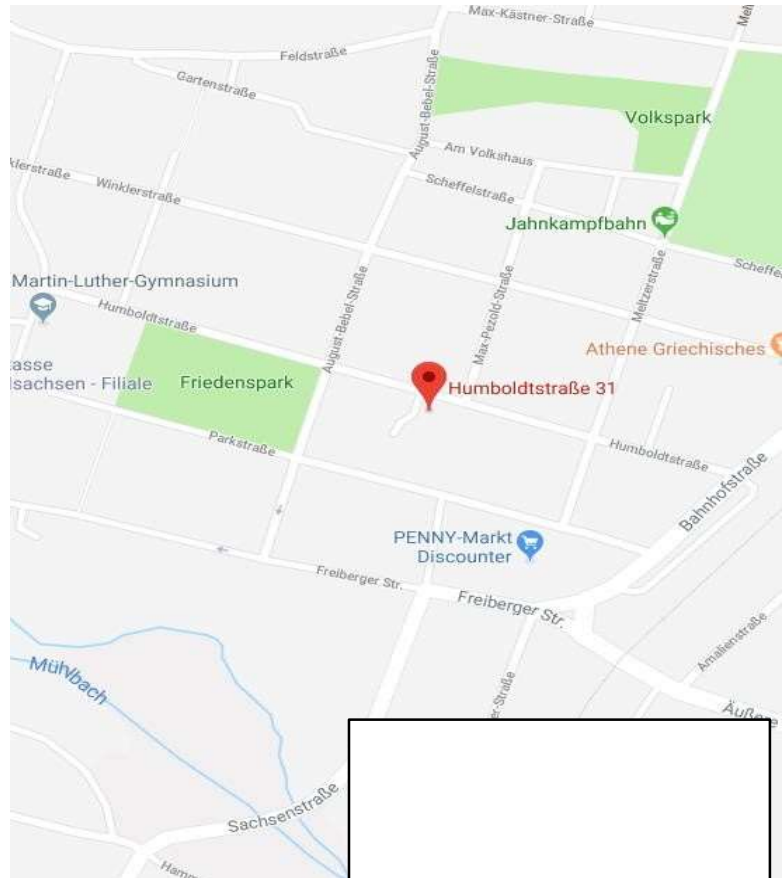
Tel.: 037206 2281

Fax: 037206 73988

kontakt@oralchirurgie-richter.de

www.oralchirurgie-richter.de

eigene Parkplätze im Hof



Stempel