

Überweisungsformular: Kinderbehandlung

Patientendaten:

Vorname, Name:

geb. am:

Versicherung:

Straße:

PLZ: Ort:

Telefon:

Praxisstempel und Unterschrift

Ziel

- Beratung
 Behandlung

Kommunikation

- Vorherige telefonische Rücksprache erbeten
 Abschließender Arztbrief erbeten

Kinderbehandlung

- Prophylaxeschulung Mundhygiene & Motivationstraining
 Totalsanierung konservierend chirurgisch
 Extraktion mit ohne Platzhalter

Diagnostik

> Regio

- digitale Röntgenaufnahmen
 digitales OPT (Datensätze auf CD)
 digitales Volumentomogramm (DVT)
(DICOM Datensätze auf CD mit Viewer)

Anästhesie

- lokale Anästhesie
 Sedierung (Anästhesist)
 Intubationsnarkose ITN (Anästhesist)

Bemerkungen

.....

.....

.....