

Krankenkasse / Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK-Gültigkeit	Datum

Hochstraße 37
46236 Bottrop

Tel. 02041 282 74
Fax 02041 257 86

praxis@drvondergathen.de
www.drvondergathen.de

➔ (VERDACHTS-) DIAGNOSE

operative Entfernung von _____

Wurzelspitzenresektion an _____

Wurzelfüllung orthograd

Wurzelfüllung retrograd

Implantatberatung

Implantation regio _____

gewünschtes Implantatsystem:

geplante prothetische Versorgung:

Augmentation

Parodontitistherapie

Parodontalchirurgie _____

Zahnfreilegung von _____

mit Bracketklebung

DVT regio _____

Beurteilung unklarer Mundschleimhautbefund regio _____

sonstiges

➔ UNTERLAGEN ANBEI:

OPG Zahnfilm DVT/CT

überwiesen durch:
