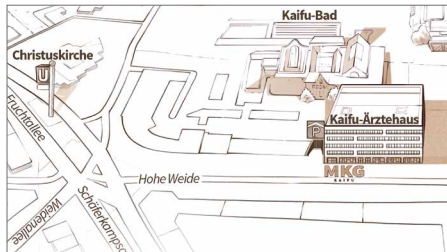




PRAXISKLINIK FÜR
MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE
IM KAIFU-ÄRZTEHAUS HAMBURG

DR. MED. DR. MED. DENT. ARTUN ATAC

barrierefrei & behindertengerecht



ÜBERWEISENDE/R ÄRZTIN/ARZT/PRAXIS:



NAME DER PATIENTIN/DES PATIENTEN: _____

ZAHN

- Entfernung

- Wurzelspitzenresektion
 - orthograd retrograd
 - Pulpa trepaniert ja nein

Röntgenbild vorhanden? Nein

Wenn ja: Welches?

Anmerkungen:

IMPLANTATE

- Straumann
- Nobel Biocare
- Camlog
- _____

Bohrschablone vorhanden?

ja nein

- Knochenaugmentation
- Sinuslift

Anmerkungen:

SONSTIGES

- Dysgnathieberatung

Plastische/ästhetische Eingriffe

- Facelift
- Augenlidkorrektur
- Narbenkorrektur
- Hyaluronsäure/Filler

- DVT Digitale Volumentomographie

Anmerkungen:
