



An Herrn Kollegen  
**Christian H. W. Marklstorfer**  
Facharzt für Mund-, Kiefer-  
und Gesichtschirurgie  
Fachzahnarzt für Oralchirurgie  
Orleansstraße 43  
81667 München

Überweisung von Praxis

Datum ■ Praxisstempel ■ Unterschrift

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

**die Besonderheit Ihres Krankheitsbildes erfordert eine vorübergehende Mitbehandlung durch einen weiteren Spezialisten bzw. lässt eine weitere fachliche Beurteilung wünschenswert erscheinen. Selbstverständlich werden Sie im Anschluss - wie gewohnt auch weiterhin - in unserer Praxis betreut!**

**Patient:** .....

**Termin:** .....

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

**Überweisungsgrund:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Implantatberatung                                    | <input type="checkbox"/> chirurgische Weisheitszahnentfernung                    |
| <input type="checkbox"/> Knochenaufbau  | <input type="checkbox"/> chirurgische Zahnentfernung                             |
| <input type="checkbox"/> apikale Sanierung                                    | <input type="checkbox"/> DVT (3D-Röntgendiagnostik)                              |
| <input type="checkbox"/> Fehlbissberatung                                     | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkbeschwerden                                 |
| <input type="checkbox"/> PA-Chirurgie   | <input type="checkbox"/> präprothetische Chirurgie                               |
| <input type="checkbox"/> Schleimhautveränderung                               | <input type="checkbox"/> Hautveränderung   |
| <input type="checkbox"/> Zahnfreilegung <input type="checkbox"/> ohne Bracket | <input type="checkbox"/> mit Bracket <input type="checkbox"/> Bracket mitgegeben |

**Sonstiges:** .....

.....

- Telefonische Rücksprache erbeten     Arztbrief erbeten

**Beigefügte Unterlagen mit Bitte um Rückgabe:**

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Röntgen OPT | <input type="checkbox"/> Röntgen Zahnfilm |
| <input type="checkbox"/> Modelle     | <input type="checkbox"/> Befunde / Briefe |