



MKG SINSHEIM

burke + klein

ÜBERWEISUNG

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

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

- Extraktion/Osteotomie
- Wurzelspitzenresektion (WSR/WR)
- Implantation / System: ASTRA® CAMLOG® STRAUMANN®
- DVT
- OPG
- Schleimhaut-/ Hautveränderung

SONSTIGES / BEMERKUNGEN:

.....

.....

.....

BITTE UM RÜCKRUF

Stempel / Unterschrift

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

beim Erstkontakt besprechen wir zunächst den Hergang des Eingriffes, mögliche Risiken sowie postoperative Verhaltensregeln. Üblicherweise vereinbaren wir dann einen gesonderten Termin.

Bringen Sie bitte Röntgenbilder, eine Überweisung, ihre Versichertenkarte und ggf. einen Medikationsplan mit. Wir sind darauf bedacht, auf Ihre Sorgen und Ängste einzugehen.

SO FINDEN SIE UNS:



**GEMEINSCHAFTSPRAXIS FÜR MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE
DR. DR. BERT BURKE & DR. JOHANNES KLEIN**

Werderstraße 80 · 74889 Sinsheim · Fon: 07261 948787 · praxis@mkg-sinsheim.de
www.mkg-sinsheim.de