



DR. KÜBLER & KOLLEGEN
Oralchirurgie · Parodontologie · Implantologie

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

Bitte führen Sie folgende Leistungen durch:

- | | |
|--|---|
| ☐ Implantation | ☐ Mikroendodontie |
| ☐ Augmentation
(Hart- / Weichgewebe) | ☐ (orthograd / Revision) |
| ☐ Extraktion / Osteotomie | ☐ Mikrochirurgische WSR |
| ☐ Chirurgische Freilegung | ☐ PAR – Therapie/Chirurgie |
| ☐ Transplantation | ☐ Mukogingivale Chirurgie |
| ☐ Rückruf vor/nach Diagnostik | ☐ DVT |

Bemerkung: _____

Praxisstempel / Unterschrift

Dr. med. dent. Andreas Kübler
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
M.Sc. Parodontologie

Praxis Dr. Kübler & Kollegen
Hauptstraße 55
72280 Dornstetten

Telefon 07443 7676
info@zahnarzt-kuebler.de
www.zahnarzt-kuebler.de