

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name des Versicherten		geboren am
Kassen Nr.	Versicherten Nr.	Status
Vertragsarzt Nr.	VK gültig	Datum

# Überweisung an die Praxis für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie | Oralchirurgie

Dr. Matthias Brückner  
Facharzt für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie  
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Dr. Martin Brückner, M.Sc.  
Fachzahnarzt für Oralchirurgie  
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Dr. Jakob Angrik  
Fachzahnarzt für Oralchirurgie



## Fragestellung

---

---

---

---

---

---

---

---

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bitten Sie für Ihre **Erstvorstellung einen Termin** unter der **Telefonnummer 0351 / 2031609** zu vereinbaren.

Sie können sich auch zu den aufgeführten Sprechzeiten in unserer Praxis vorstellen. Zu diesem Termin erfolgt zunächst ein Beratungsgespräch, in dem mit Ihnen der weitere Behandlungsablauf besprochen wird. Bitte bringen Sie, falls vorhanden, aktuelle **Röntgenbilder** und eine **Liste Ihrer Medikamente** mit.

Dieser Vordruck dient dabei der besseren Orientierung und soll Ihre freie Arztwahl nicht beeinflussen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir gern unter der genannten Telefonnummer zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

## Unsere Sprechzeiten

**Mo** 08:00 - 12:30 Uhr | 14:00 - 18:30 Uhr  
**Di** 08:00 - 12:30 Uhr | 14:00 - 18:30 Uhr  
**Mi** 08:00 - 12:30 Uhr | 14:00 - 18:30 Uhr  
**Do** 08:00 - 12:30 Uhr | 14:00 - 18:30 Uhr  
**Fr** 08:00 - 12:30 Uhr



\* BAG Dres. Brückner  
Bismarckstraße 7  
01257 Dresden  
Tel: 0351 / 20 31 609  
Fax: 0351 / 20 30 790

Mit den öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen Sie uns per **Tram / Bus / S-Bahn - Haltestellen**

- H1** Bahnhof Niedersiedlitz **6 65 88 89 S1 S2**
- H2** Sosaer Straße **89**
- H3** An der Post **88**
- H4** Prof.-Billroth-Straße **65**

## Ich bitte um Durchführung folgender Leistungen

- Untersuchung und Beratung**
- Dentoalveoläre Chirurgie**
  - Extraktion / Osteotomie
  - Wurzelspitzenresektion
    - ohne /  mit Wurzelkanalfüllung
  - Zystektomie
  - Zahnfreilegung
    - ohne /  mit Bracketfixierung
- Anästhesie**
  - Lokalanästhesie
  - Sedierung
- Erkrankungen der Mundschleimhaut**
  - Diagnostik  Therapie

## Anlagen

- Zahnfilm
- OPG
- Sonstiges \_\_\_\_\_

## Zahnschema

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Implantatchirurgie (bitte Systemwunsch angeben)

- Nobel Biocare**
- straumann**
- ANKYLOS**
- camlog**
- Keramikimplantat**
- ASTRA TECH IMPLANT SYSTEM**

## Mukogingivale Chirurgie

- Vestibulumplastik
- Rezessionsdeckung
- Chirurgische Kronenverlängerung

## PA-Chirurgie

## Durchführung von Röntgenleistung

Fragestellung

---

---

- OPG  DVT (3D-Aufnahme)

Praxisstempel / Unterschrift

  
  

Wir bitten um Zusendung neuer Überweisungsscheine  
 Wir bitten um Zusendung neuer Patientenflyer