



DR. DR. UDO SCHERER

Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie

Ihre Überweisung von:

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV* ¹
Name, Vorname des Versicherten							
						geb. am	
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum		

Wir bitten um Durchführung folgender Leistung(en):

- Diagnostik bei/Kommentar: _____
- Operative Entfernung/Extraktion von: _____
- OPG/DVT von: _____
- Wurzelspitzenresektion an: _____ Wurzelfüllung präoperativ Wurzelfüllung intraoperativ
- Abszessinzision: _____ Zystenentfernung: _____ Zahnfreilegung: _____
- Implantat(e): _____ Ohne Prothetik Mit prothetischem Aufbau
- Sonstiges: _____ Anlage: _____
- Um Rückruf wird gebeten Neue Überweisungsvorlage Visitenkarten

Stempel

Unterschrift