



PRAXIS
DR. MED. AXEL KRAUSS, M.Sc.
M.Sc. ORALE CHIRURGIE / IMPLANTOLOGIE
ZAHNARZT / ARZT



ÜBERWEISUNG ZUR BEHANDLUNG/ BERATUNG

Ihr persönlicher Termin

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Datum

Uhrzeit

Anmerkungen

Meine Praxis finden Sie in der Nähe des Bahnhofs
(ca. 500 m), gegenüber der Stadt-Bushaltestelle
an der evangelischen Kreuzkirche.

Können Sie Ihren Termin nicht einhalten, dann
melden Sie sich bitte 24 Stunden vorher ab:

Tel. 08441-277097
e-Mail: dr.akrauss@za-paf.de

Moosburger Str. 7
85276 Pfaffenhofen a. d. Ilm

www.implantologe-pfaffenhofen.de
www.zahnarzt-krauss.de



AOK	TKK	BKK	IKK	VdAK	AeV	Knappsch	Priv.
Name, Vorname des Versicherten							
geb. am _____ Tel.-Nr. _____							
Kassen-Nr.		Vers.-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum			

Praxis/Datum/Stempel
Überweiser

Ich bitte um die Vornahme folgender Leistungen

1. Beratung Fragestellung: _____
2. Behandlung Rücksprache erbeten
3. Entfernung folgender Zähne: 8-7-6-5-4-3-2-1 | 1-2-3-4-5-6-7-8
4. Zahnfreilegung 8-7-6-5-4-3-2-1 | 1-2-3-4-5-6-7-8
5. Zahnsanierung mit Intubationsnarkose
6. Wurzelspitzen-Resektion mit orthograder WF, mit retrograder Wurzelfüllung (WF)
7. Parodontalchirurgie
8. Mikrochirurgie
9. Präprothetischer Eingriff
10. Implantatberatung regio OK: _____ UK: _____
11. Knochenaufbau
12. Zystektomie regio
13. Untersuchung und Behandlung von Kiefergelenksbeschwerden
14. Fokussuche
15. Abklärung eines unklaren Befundes Bereich/regio
16. Faltenbehandlung
17. Sonstiges/Bemerkungen
18. Behandlung in Vollnarkose I A
19. Röntgenuntersuchung OPG ZF FRS Gelenkaufnahme
20. Bericht via: Telefon Mail Fax Brief
21. Bemerkungen: _____
22. Kassengebühr bezahlt: ja nein für Quartal _____

Datum/Unterschrift