



PD Dr. Dr. med. Martin Zerfowski
Dr. Dr. med. Carsten Westendorff
Dr. Dr. med. Nadja Hellmich
Dr. med. dent. MSc. Tamer Khursan
Gadderbaumer Straße 14, 33602 Bielefeld
info@mkg-owl.de, www.mkg-owl.de

Sprechzeiten
Montag bis Freitag 8:00 bis 18:00 Uhr
und nach Vereinbarung
Fon: 0521 – 98 87 79 90
Fax: 0521 – 98 87 79 99
Notfalltelefon (24h/365d): 0171 – 2 75 92 36

Überweisung

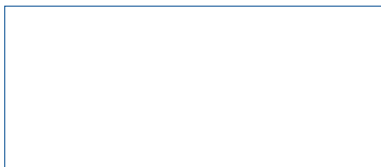
Frau/Herr _____ geb. _____

stellt sich am _____ um _____ Uhr vor.

Wir bitten um Übernahme folgender Leistung(en):

- | | | |
|---|-----------------------------------|-------------|
| <input type="radio"/> Entfernung (Weisheits-)Zahn | | regio _____ |
| <input type="radio"/> Wurzelspitzenresektion | <input type="radio"/> mit WF | regio _____ |
| <input type="radio"/> Implantatberatung | | regio _____ |
| <input type="radio"/> PA-Chirurgie | | regio _____ |
| <input type="radio"/> Chir. Zahnfreilegung | <input type="radio"/> mit Bracket | regio _____ |
| <input type="radio"/> Mundschleimhautbeurteilung | | regio _____ |
| <input type="radio"/> Kiefergelenkbehandlung | | |
| <input type="radio"/> Frakturabklärung/-behandlung | | |
| <input type="radio"/> Behandlung in Sedierung/Narkose | | |
| <input type="radio"/> Dysgnathieberatung | | |
| <input type="radio"/> Sonstiges: _____ | | |

Ich möchte bei der Behandlung hospitieren (Termin nach Rücksprache)

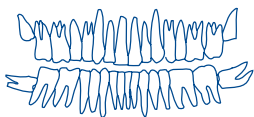
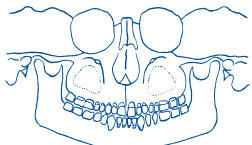


Datum, Unterschrift (bei DVT-Anforderung)

Praxisstempel

DVT-Anforderung

Zielregion KCH/KFO
(bitte einkreisen)



Indikation
(bitte ankreuzen)

- Implantatplanung¹ regio _____
- Verlagerter Zahn regio _____
- Endodont. Fragestlg. regio _____
- Parodont. Fragestlg. regio _____
- Fragl. Zahn/Nervbezug regio _____
- Zyste/Osteolyse regio _____
- Fraktur regio _____
- Kiefergelenkdiagnostik rechts links
- Sinusitis maxillarisre. rechts links
- Knochenveränderung regio _____
- KFO-Planung/3D-Ceph. regio _____
- Sonstiges _____

¹ Aufnahme soll mit mitgebrachter Schablone angefertigt werden

- DVT-Auswertung erfolgt durch Überweiser² durch MKG-Ärzteam
- Image Viewer wird benötigt wird nicht benötigt
- Kostenübernahme erfolgt durch Überweiser³ durch Patient⁴
- Ich bitte um Herstellung einer 3D-Implantat-Bohrschablone

² Überweiser versichert, über die DVT-Fachkunde nach RÖV zu verfügen, ³ nach Absprache,

⁴ nach GOÄ 5370a*1 bis 1.8fach ggf. zzgl. Ä5377*1fach, ggf. GKV-Lstg. (Rücksprache)

Anfahrt

MKG Am Adenauerplatz
Gadderbaumer Str. 14
33602 Bielefeld
www.mkg-owl.de

