

STATIONÄRE BEHANDLUNGEN

BELEGABTEILUNG WESTPFALZ-KLINIKUM

Hellmut-Hartert-Straße 1 · 67655 Kaiserslautern
Station 19/7 & Station 14/2

FON 0631 203 - 1783 · **FAX** 0631 203 - 1551

CHRIST:COLL.

MKG CHIRURGIE

ÜBERWEISUNG

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Überweisungsdatum: _____

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

MIT BITTE UM

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Implantation/Implantatberatung | <input type="checkbox"/> DVT | <input type="checkbox"/> Laser (PDT) |
| <input type="checkbox"/> Extraktion/Osteotomie | <input type="checkbox"/> Bindegewebsranspl. | <input type="checkbox"/> Dysgnathie-Sprechstunde |
| <input type="checkbox"/> Wurzelspitzenresektion WSR | <input type="checkbox"/> Rezessionsdeckung | <input type="checkbox"/> Tumordiagnostik/-therapie |
| <input type="checkbox"/> Augmentation | <input type="checkbox"/> Vestibulumplastik | <input type="checkbox"/> Ästhetische Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgische Freilegung | <input type="checkbox"/> MAV-Deckung | <input type="checkbox"/> Botulinumtoxin und Filler |
| <input type="checkbox"/> Chirurgische PAR-Behandlung | <input type="checkbox"/> Probeentnahme PE | <input type="checkbox"/> Laserdepilation |
| <input type="checkbox"/> Inzision | <input type="checkbox"/> Schmerztherapie | <input type="checkbox"/> Frakturbehandlung |

Bemerkungen: _____

Bitte um Rückruf: _____

_____ Praxisstempel / Unterschrift _____

A6

Hertels-
brunnen-
ring

CHRIST:COLL.
MKG CHIRURGIE

Hölzengraben 2

Donnersbergstr.

Mainzer Straße

Friedenstraße



Gersweilerweg

A6