

# ÜBERWEISUNG



**O.P.I.**  
CHIRURGIE

## PATIENT

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Überweisungsdatum \_\_\_\_\_

## REGIO

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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:

### IMPLANTATION

- Implantation | Implantatberatung
- Augmentation

### PAROCHIRURGIE

- Chirurgische PAR-Behandlung
- Rezessionsdeckung

- Bindegewebsstransplantation
- Laser (PDT) Helbo®

### CHIRURGIE

- Extraktion | Osteotomie
- Inzision

- Wurzelspitzenresektion (WSR)
- Deckung MAV

- Chirurgische Freilegung
- Probeentnahme (PE)

### SONSTIGES

- Vestibulumplastik
- Ästhetische Chirurgie
- Herdsuche

- Schmerztherapie
- Frakturbehandlung
- Keimdiagnostik

- Tumordiagnostik | -therapie
- DVT

Bemerkungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte um Rückruf \_\_\_\_\_

Praxisstempel | Unterschrift \_\_\_\_\_

Name behandelnder | überweisender Arzt | Zahnarzt \_\_\_\_\_



## LIEBE PATIENTINNEN UND PATIENTEN,

Ihr Arzt | Zahnarzt hat Sie bereits über den Grund Ihres operativen Eingriffs informiert.

Es ist unsere Pflicht, Sie vor dem Eingriff umfassend über den Ablauf der Behandlung aufzuklären. In der Regel erfolgt die Besprechung Ihres OP-Tages und auch die Terminvergabe hierzu in unserem Zentrum. In Ausnahmefällen ist eine Terminvergabe auch telefonisch möglich.

- 1 Bringen Sie bitte die vorhandenen Unterlagen von Ihrem Arzt | Zahnarzt (Röntgenbilder, etc.) mit.
- 2 Nach dem Eingriff dürfen Sie nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.
- 3 Sie werden je nach Umfang des Eingriffs arbeitsunfähig geschrieben. Bitte besprechen Sie dies vorher mit Ihrem Arbeitgeber.



**P** = Praxis-Parkplätze

**H** = Rossdorfer Platz  
Haltestelle Bus | Bahn

O.P.I. ZENTRUM FÜR ZAHNMEDIZIN & CHIRURGIE  
Dr. Jan Foitzik & Prof. Dr. Dr. Christian Foitzik & Kollegen

Nieder-Ramstädter Str. 18-20  
64283 Darmstadt

ZENTRALE 0 61 51 . 2 66 44  
FAX 0 61 51 . 2 94 628

info@opi-darmstadt.de  
www.opi-darmstadt.de