

# ÜBERWEISUNG MIT DER BITTE UM BERATUNG/THERAPIE

KRANKENKASSE, BZW. KOSTENTRÄGER		
NAME, VORNAME DES VERSICHERTEN		GEB. AM
KASSEN-NR.	VERSICHERTEN-NR.	STATUS
VERTRAGSARZT NR.	VK GÜLTIG BIS	DATUM

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

ÜBERWEISER/IN
---------------

## Dentoalveoläre Chirurgie

- operative Entfernung der Zähne
- Abszessbehandlung
- Zyste
- Plastischer Verschluss der Kieferhöhle
- Kieferkammaugmentation
- Vestibulumplastik
- Lippen-, Zungen-, Wangenbändchenplastik
- Operative Freilegung
- Traumaversorgung
- Mundschleimhautveränderung

## Parodontologie

- Systematische PAR Therapie
- Rezessionsdeckung
- Verbreiterung der keratinisierten Gingiva
- Chirurgische Kronenverlängerung
- Bindegewebs-/Schleimhauttransplantat
- Regenerative Therapie (GTR/GBR)

## Implantologie

- Implantation
- gewünschtes Implantatsystem:
- interner/externer Sinuslift
- Augmentation/Knochenaufbau
- Dreidimensionale Implantatplanung
- Schablone/Wax up wird mitgeliefert
- KFO Implantate
- Periimplantitisbehandlung
- Explantation

## Endodontologie

- Wurzelkanalbehandlung
- Revision
- Wurzelspitzenresektion mit retrograder WF
- Wurzelspitzenresektion mit orthograder WF
- Hemisektion/Wurzelamputation
- Therapie nach Frontzahntrauma

## Durchführung des Eingriffs in

- Lokalanästhesie
- Intubationsnarkose

## Sonstiges

---

---

---

## Röntgenunterlagen wurden angefertigt und

- per E-Mail (info@krockowkunkel.com)
- per Post
- bring Patient mit
- sollen in Ihrer Praxis angefertigt werden

Wir bedanken uns herzlich für die Überweisung Ihres Patienten und die Zusendung Ihrer Unterlagen.

Eine wissenschaftliche, qualitätsorientierte Behandlung und die Gesundheit Ihres Patienten sind unser primäres Ziel!

Dr. Nadine von Krockow, Dr. Florian Kunkel und Prof. Dr. Georg-Hubertus Nentwig



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
Ihre Zahnärztin, Ihr Zahnarzt hat Sie bereits  
über den Grund der Überweisung aufgeklärt.  
Die genaue Therapie und Behandlung wird  
in unserer Praxis nochmals eingehend mit Ihnen  
besprochen. Hier wird dann ein gesonderter  
Termin für den geplanten Eingriff vereinbart.

In Ausnahmefällen kann auch direkt ein  
OPTermin telefonisch vereinbart werden.

**ZAHNARZTPRAXIS  
VON KROCKOW, KUNKEL UND NENTWIG**  
T +49 (0)69 631 534 22



**PAUL-EHRLICH-STRASSE 27**  
**60596 FRANKFURT AM MAIN**  
**INFO@KROCKOWKUNKEL.COM**  
**WWW.KROCKOWKUNKEL.COM**

### **ÖFFNUNGSZEITEN**

**Mo, Di 9-13, 14-18 Uhr, Mi 9-13 Uhr,**  
**Do 9-13, 14-18 Uhr und Fr 9-14 Uhr**

**Termin** \_\_\_\_\_