Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

POTSDAM ORALCHIRURGIE

Dr. Zsuzsa Dudás
Geschwister-Scholl-Straße 96 · 14471 Potsdam
Tel. 0331 – 23 16 92 20
office@potsdam-oralchirurgie.de · www.potsdam-oralchirurgie.de
KIM: potsdam-oralchirurgie@vm.kim.telematik

Termine nach Vereinbarung · Online-Terminanfrage rund um die Uhr

Überweisung zur Durchführung folgender Leistung(en) FÜR ÜBERWEISENDE PRAXEN

Ihr Patient bleibt Ihr Patient: Nach der chirurgischen Behandlung erfolgt die Rücküberweisung mit Arztbrief.

ANLAGEN

☐ Modell(e) ☐ Orientierungsschablone(n) ☐ Bohrschablone(n)
☐ Röntgenbild(er) ☐ DVT vom (Datum): _____ Hersteller bzw. Gerät DVT: _____
Übermittlung: ☐ bereits per KIM ☐ dem Patienten mitgegeben ☐ digital an Patienten ☐ folgen auf Anfrage
☐ Provisorium / Interimsersatz geplant vom Hauszahnarzt

CHIRURGIE & DIAGNOSTIK

☐ Weisheitszahnentfernung / operative Entfernung / Extraktion von: _____
☐ Wurzelspitzenresektion: _____ ☐ mit Knochenaufbau ☐ WF präop. (Hauszahnarzt) am _____
☐ WF intraoperativ ☐ orthograd ☐ retrograd
☐ Parodontalchirurgie Regio _____ (geschl./offen) ☐ Digitales Röntgen (OPG, intraoral)
☐ DVT (Sidexis, DICOM-Export Wrap&Go inklusive Viewer auf CD) ☐ mit ☐ ohne Beratung

IMPLANTOLOGIE

☐ Implantatberatung / Insertion Regio _____
☐ Zahnentfernung vorab erforderlich ☐ ohne Prothetik ☐ mit prothet. Aufbau ☐ ohne Freilegung ☐ Keramik
☐ **Sofortimplantation**, wenn möglich NEU
☐ Primescan – digitaler Abdruck
☐ Modul 1: indiv. bzw. scanbarer Gingivaformer (Camlog) ☐ mit Scandaten (DS-Core, STL) für definitiven Zahnersatz an Fremdlabor:
☐ Modul 2: Sofortversorgung – provisorische Krone (einteilig) _____
☐ Modul 3: Sofortversorgung – provisorische Brücke 5–5 ☐ Dentsply Sirona DVT-DICOM-Export (Volumen f. Systeme and. Hersteller) an:
_____
☐ Lachgassedierung
☐ Behandlung in i.v. Sedierung (Dämmerschlaf)

SONSTIGES · DIAGNOSE

Bei Röntgen-Überweisungen bitte Diagnose / Fragestellung angeben

Stempel / Unterschrift

RÜCKMELDUNG

Arztbrief ☐ KIM ☐ Post
Rückruf ☐ erbeten
Zusenden ☐ ÜW-Vorlagen ☐ Flyer ☐ Visitenkarten

VOR IHREM TERMIN

Gut vorbereitet zu uns.

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte bringen Sie zu Ihrem ersten Termin mit:

- ☐ diesen Überweisungsschein
- ☐ Ihre Versichertenkarte
- ☐ aktuelle Röntgenbilder oder DVT, falls vorhanden
- ☐ Medikamentenplan, Allergiepass und relevante Befunde
- ☐ **Online-Anamnese möglichst vorab ausfüllen**

QR-Code scannen
und direkt zur
Online-Anamnese.

www.potsdam-oralchirurgie.de/anamnese

QR-Code scannen
und online einen
Termin vereinbaren.

www.potsdam-oralchirurgie.de/termin

IHR VEREINBARTER TERMIN

☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr

am _____ um _____

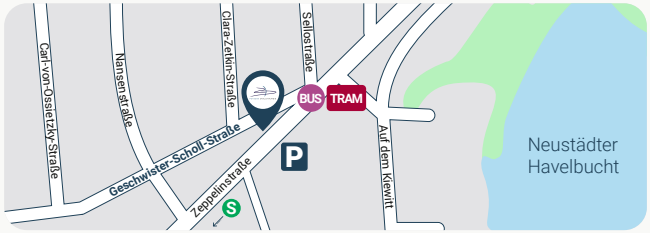
Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, mindestens 24 Stunden vorher ab. Wir behandeln Patientinnen und Patienten ab 16 Jahren; Minderjährige bitte mit erziehungsberechtigter Begleitung.

Implantologie. Haltung. Potsdam.

SO FINDEN SIE UNS

Mitten in Potsdam.

Potsdam Oralchirurgie
Geschwister-Scholl-Straße 96 · 14471 Potsdam



Telefon	0331 – 23 16 92 20
Termine	nach Vereinbarung · aktuelle Telefonzeiten auf www.potsdam-oralchirurgie.de
Eingänge	1: Geschwister-Scholl-Str. 96 2: Zeppelinstr. 154
Parken	Kostenfreie Parkplätze im Hof Zeppelinstr. 154
ÖPNV	S7 · RE1 · Tram 91/94/98 Haltestelle „Auf dem Kiewitt“
Barrierefrei	Aufzug, Rampe und WC vorhanden